

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

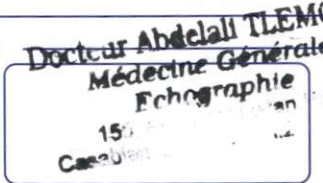
M22- 0014899

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1282 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZAR KI MUSTAPHA
 Date de naissance : 1949
 Adresse : HAJ FATAH W. 147. WALFA - CAS
 Tél. : 06-11-88-446 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 10/10/22
 Nom et prénom du malade : ZAR KI MUSTAPHA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HIA + M. Rhak
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/10/22 | | | 200,00 | Docteur Abdelali TLEM Médecine Générale Echographie |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/10/22

597,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

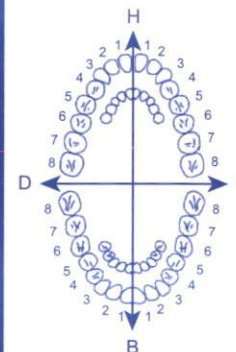
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|---|
| | H | |
| 25533412 | 21433552 | |
| 00000000 | 00000000 | |
| D | | G |
| 00000000 | 00000000 | |
| 35533411 | 11433553 | |
| | B | |

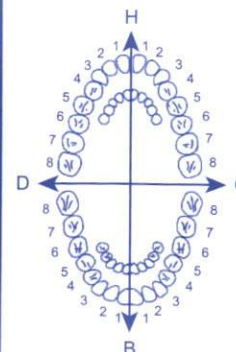
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

2A Rki' Mustafa
1282
PE: 05203261

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA

Lots: Maj fatch Rue 6 n° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 38

Le 07/12/22

Facture n° 84

| Quantité | Désignation | Prix | Montant |
|----------|-------------|-------|---------|
| 02 | Icomb | 30,30 | 60,60 |
| 01 | Dol | 14,00 | 14,00 |
| 01 | Metform | 19,90 | 19,90 |
| | | | 94,50 |

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA

Lots: Maj fatch Rue 6 n° 3
Casablanca - Tél: 0522 93 10 38

PPV: 14DH00
PER: 05/22
LOT: I1149

Metformine Win®

Chlorhydrate de
metformine

1000 mg

METFORMINE WIN 1000MG
CPHIL B30

P.P.V.: 19DH90



6 118000 062141

Orale

ایکومب
Icomb®

Lot: 110217
Fab: 12 19
Exp: 12 21

PF: 30 DH 30

ایکومب
Icomb®

Lot: 110217
Fab: 12 19
Exp: 12 21

ppv: 30 DH 30

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

الدكتور عبد العالي التلمساني

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الطب العام

أمراض النساء و الرجال و الأطفال

الفحص بالتلفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.33.90

PPV:84DH80

PER:05/25

LOT:L1787

Casablanca, le

15/10/22

ZARIK NAHIA

- Prezm 10 N°3

14/1

6500

- Amoxicil 1g
12x1

6500

ore pred 2
3 qd

9900

Magnésie

3160

- Cefotaxime 1g N°2

6090

- Flamin N°1

597.50

PPV:84DH80

PER:06/25

LOT:L2316

PPV:55.00 D
LOT:649393
PER:03/24

STE PHARMACIE HAY
CASABLANCA
Lotte, Maj Salah Rue
Casablanca - Tél: 0

PPV:84DH80
PER:01/25
LOT:L136

LOT: 1021
PER: 1021
Prix: 99.00

LOT 212103
EXP 02/23
PPV 60DH90

LOT : 9409
UT AV : 05 24
PPV : 36DH60

Dr. Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Pharmacien

LOT: 6221
UT AV: 12-24
PPV: 3DH60

65.00

لمرجو إحضار الوصفة عند المراقبة