

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 canalaires, 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 canalaires.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0000605

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1136 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : 144045

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : 142 - Lot. El Anassour Dan Bouazza

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AOUIZAL
Psychiatre
Chu Ibn Rochd Casablanca

Date de consultation : 19/10/2022

Nom et prénom du malade : elkhouni youness Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : affection psychiatrique

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 : CASA Le : 23/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
21/10/22	CSF			Dr. AOU Psyc Chu Ibn Roch Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie Al Hamd Dr. ZAID N°12006 Anassan Dar Boulazza Casablanca Tél.: 05 22 25 05 40	15/10/2022		949,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

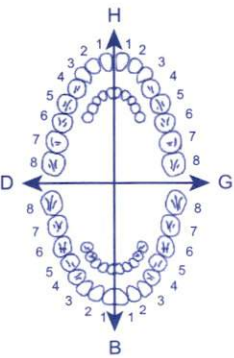
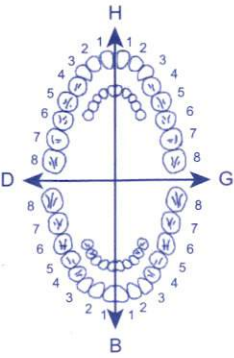
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Casablanca, le : 19/10/2022

ORDONNANCE

Docteur : Mr. El Kharini Younes

- 1) turalithe 250 mg cp
67,60 01 - 00 02
- 2) Ranogyp 10 mg cp
271,00 01 - 00 01
- 3) Depakine chrono 500 mg cp
113,30 01 00 02
- 4) piporhil 25 mg cp
- 5) Nozinax 100 mg : 2 Amp / mois (PI : 03.11.2022)
1 cp X 3/jr.

Dr. Amed

RDV le 21/10/2022

Dr. Bekkar a 9h

Dr. Amzal Hafsa
Généraliste
Casablanca

DÉPAKINE®

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
V: DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH
à 5 118001 081073

Téralithe®

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Téralithe 250 mg, B100 cp
10 P.P.V : 67,60 DH
à 5 118000 060895

16014

DÉPAKINE®

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH
à 5 118001 081073

Médicament Autorisé N°: 305 DMP/21/NTT

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المخصصة
TABLEAU A (Liste I)

Fabriqué par:
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Paonta-Sahib, Dist. Simour,
Himachal Pradesh-173025, Inde.

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca.

PPV:271 DH 00

CODE No.: HPIDRUGS/MNB/95/2

Médicament Autorisé N°: 305 DMP/21/NTT

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المخصصة
TABLEAU A (Liste I)

Fabriqué par:
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Paonta-Sahib, Dist. Simour,
Himachal Pradesh-173025, Inde.

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca.

PPV:271 DH 00

CODE No.: HPIDRUGS/MNB/95/2