

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

- Reclamation : 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

N° W21-626849

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5145 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN ABDALLAH JAMAL
 Date de naissance : 25-04-1960
 Adresse : 312 LOT EL OUAFA DERWA
 Tél. : 06-91-51777
 Total des frais engagés : 1103,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/22
 Nom et prénom du malade : BEN ABDALLAH JAMAL
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Casablanca Le 25/11/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
05/11/22		✓		INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
[Signature]	05/11/22
Montant de la Facture: 90330	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [Signature]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

1688

90330

PHARMACIE LA COLOMBE
31, Rue Bnou Nafie Maârif - Casablanca
Tél: 0522 25 81 87

Dr. HORMANN
Médecine Générale
Médecin Agrée Permis Conduire
51, Rue Bnou Nafie Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 25 81 87

UT. AV.: 0 2 2 5 P.P.V
7 9 0 0
LOT N°: F W 7 2 8 5

UT. AV.: 0 2 2 5 P.P.V
7 9 0 0
LOT N°: F W 7 2 8 5

UT. AV.: 0 2 2 5 P.P.V
7 9 0 0
LOT N°: F W 7 2 8 5

كارديو أسبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

حمض أسيتيل ساليسيليك



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



MFD

BT12SR1 11 2019

11 2024

EXP



حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



كارديو أسبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



MFD

BT12SR2 10 2019

10 2024

EXP



Micardis® 40 mg
ميكارديس® 40 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالكميات الموصوفة



BOTTU S.A.

6



MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

PPV : 168 DH 80

P032001-002

Micardis® 40 mg
28 comprimés

ميكارديس® 40 ملغ
28 قرص

Micardis® 40 mg
ميكارديس® 40 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالكميات الموصوفة



BOTTU S.A.

6



MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

PPV : 168 DH 80

P032001-002

Micardis® 40 mg
28 comprimés

ميكارديس® 40 ملغ
28 قرص

Micardis® 40 mg
ميكارديس® 40 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالكميات الموصوفة



BOTTU S.A.

6



MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

PPV : 168 DH 80

P032001-002

Micardis® 40 mg
28 comprimés

ميكارديس® 40 ملغ
28 قرص