

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.

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

Cachet +
Nature de maladie

Déclaration de M. Pour D
M. Amzawak

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 386 Société : 144521

Actif Pensionné(e) Autre :

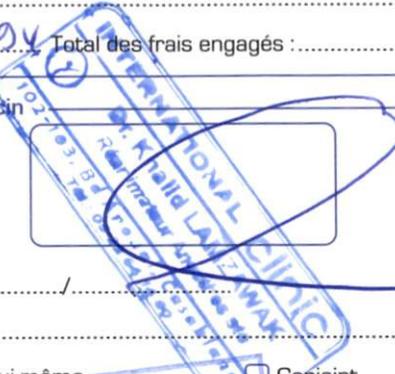
Nom & Prénom : BHIRI FATMA

Date de naissance : 1948

Adresse : Rue 156 N= 2 HAJ EL OULFA CITE
CASA

Tél. : 0776469994 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sephi

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
22/10/22			gratuit	
11/10/22			gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Praticien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
	01/10/2022	15000
	01/10/2022	5321,20
	27/09/22	284,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

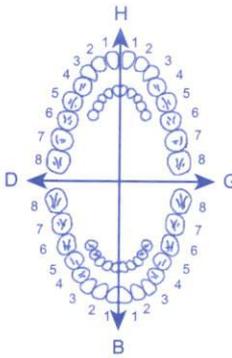
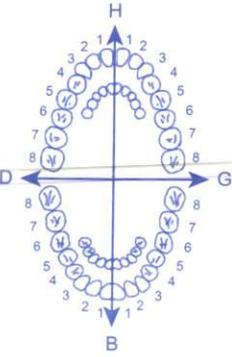
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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



INTERNATIONAL
clinic

PPV: 284DH00
PER: 03/24
LOT: L1012-1

Date: 27/09/2022

Ordonnance

M^{me} BAHIRI Fatma

284.-

1/ Doxyl Emp



0 - 0 - 0 / 0

dit = 2 ans





INTERNATIONAL
clinic

Date: 01/10/22.

Ordonnance

Bhira Fatima

3750
x4

1) Hydrocortisone long.

1cp à 8h

1cp à 12h

1cp à 16h



150,00

PHARMACIE LE NORD
Hadjikal Oum Errabia 2
GH 4 N°1 Oulfa - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 89 77 44

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH



6 118001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH



6 118001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH



6 118001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH



6 118001 182909



INTERNATIONAL clinic

01/10/2022

Btizi Fatna

HARMACIE LE NORD
Hadikal Oum Errabia 2
GH 4 N°1 Oulfa - Casablanca
Tel/Fax: 05 22 89 77 44

- 7480 1/ Sepan **S.V** 500 1cp x 21j polh 55
- 4980 2/ Flageyl **S.V** 600 1cp x 21j polh 55
- 284,00 3/ Dozyl **S.V** 5mg 1cp/2 polh 2 mois
- 4/ Kardegic 160 1d/2
- 5/ Irbesartan 100 1cp/2
- 6/ A trovas ketine 20 1cp/2
- 123.60 7/ Inexium **S.V** 40 1cp/2 polh 85

532,20

INTERNATIONAL clinic
Dr. Khalid LAMZAWAK
Réanimateur Anesthésiste
102-103, Bd Anoual, Casablanca
Tel: 05 22 64 14 00

LOT: 05822019
PER: 06/2025
PPV: 74.80 DH

LOT: 21829
PER: 11 2025
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V: 49DH00
6 118000 060062

PPV: 284DH00
PER: 03/24
LOT: L1012-1

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier bouou el soussier roches
noue casablanca
INEXIUM
40 mg CprGR
Boite 14
641950MP ZINRO P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020807

M 22 -
003129
N