

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

N° M21- 0053760

145385

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10339 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : LA PRACHLI - MOHAMMED

Date de naissance : 10-03-1961

Adresse : Rue Aberrachmane es Sahoui 5m 20

LAYALI II Berrechid

Tél. : 0671134175 Total des frais engagés : 446,13 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : GUAROPANI Malika Age :

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

Nature de la maladie : Infection

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 : Berrechid Le : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/2023	296,50

[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

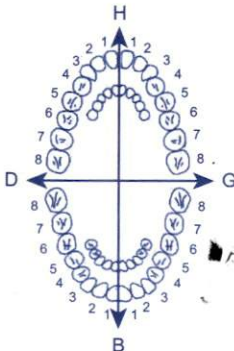
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

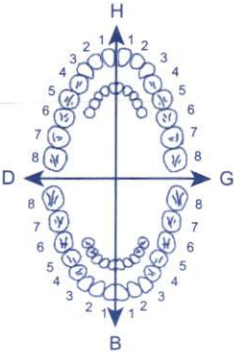
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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			
	<div>H</div> <div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>G</div><div>B</div></div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		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

DIABETOLOGUE
 NUTRITIONNISTE
 GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE
 ECHOGRAPHIE
 ELECTROCARDIOGRAMME



الدكتورة سهام أوبوها
 الطب العام
 خريجة كلية الطب والصيدلة
 بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
 أخصائية التغذية
 أمراض النساء وتبعية الحمل
 الفحص بالصدى
 التخطيط الكهربائي للقلب

Ordonnance

Berrechid, le 09/10/23

Nom, prénom: Malika GUAROUANE

87,30

1 - Monolector 800

15,30

2 - Vitae 1000

49,60

3 - Dclero forte

13,20

4 - Celomyl 1000

dep x 3/5 chugue
 sh

RDV: 17/10/23

Pharmacie AL HOSNA
 Dr. Manjouna LHOULAKI
 Bo. Mes. V. 202. 3. 10. Gare
 Im. 20. N° 12. Berrechid
 Tél/Fax: 05 22 22 25 78

58 ، الطابق السفلي ، حي ليالي 2 (قرب مدرسة المذاهب) - برشيد

N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid

FIXE | 05.22.03.07.72

E-mail | sihamoubouhia@gmail.com

S- Eloc 204
82,10

1 gel x 2/j

S- ~~proton~~

~~8100~~

b: 28

49,10

896.50

Dr. OUBOUHIA Sinam
Médecin Généraliste

Diabétologue

RDC Quartier Layan - Berrechid

Tél : 05 22 03 07 72

Pharmacie ALI ALI
Dr. M. ALI
Bd. M. ALI
Im. 1000
Tél : 05 22 03 07 72

MONOZÉCLAR® 500mg
Boîte de 5 COM PEL
P.P.V. : 87,30 DH

6 118001 187821

Maphar
Km 10, route côtière 111
QI-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca
Maroc

CETAMYL® 1000mg
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH

6 118001 191438

6 111269 050058

cheratoins Dava Pharmaceutique

Vita C1000®
10 Comprimés effervescent

6 118000 032069

ESAC® 20 mg
esoméprazole
14 gélules
PROMOPHARM S.A.

6 118000 241881

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 10/2025
LOT 2N040 13