

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 canalaire, 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 canalaire.

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° M21- 069820

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : 145983
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOURAVIS HASSANIA
 Date de naissance : 30/10/1948
 Adresse : 268, Bd Zinaoui Apt 7 - CASA
 Tél. : 0662 717779 Total des frais engagés : 845,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/11/2022
 Nom et prénom du malade : Bouravis Hassania
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : myope + hyper
 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 : Rabat

Le : 02/11/2022

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
02/11/22	C5	C2	300 DH	Dr. KOZMANE Dermato-ventérologie 88, Av. Fai Ould Oumeir, Agdal Rabat - Tél.: 06 37 67 26 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

02/11/22

458,8-

02/11/22

86,70



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

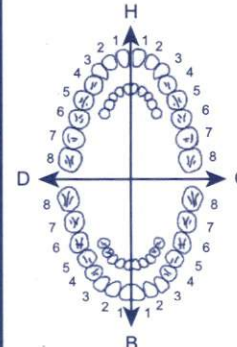
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

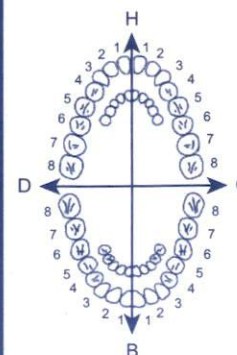
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

الدكتورة فزمان وفاء

Dermatologie - Vénérologie

اختصاصية في الامراض الجلدية والتناسلية

Maladies de la peau, du cuir
chevelu et des ongles

جراحة الجلد وطب التجميل

Maladies sexuellement transmissibles

Soins esthétiques et cosmétiques

Chirurgie dermatologique

Rabat, le

الرياض، في

Bourgeois. Hassamây.
M.G. - Andet: 1000 $\times \frac{2}{5} \frac{1}{11}$

168, 20

Augmentin 1g

1. sachet

x 8/7/1

$$86,70 + 86,70$$

Desmofa. Sol

84.25

Derivative of $\ln(x)$ is $\frac{1}{x}$

Секрет.

82.50

venoz pph qd

Numbers of causes

Bay cutting poles
overlapped 2/1

Dr. KOZMANE. W.
Dermato-vénérologie
88, Av. Fal Ould Oumair, Agdal
Rabat - Tél.: 85 37 67 26 24

$$\begin{array}{r} 458.80 \\ + 86.70 \\ \hline 545.50 \end{array}$$

88, Av. Fal Ould Oumeir - Agdal - Rabat - Tél. 05 37 67 26 24 : أكنال - ال باط - الهاتف



EXP :
LOT N° :

14,50

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



PPU: 168,20 DH
LOT: 649756
PER: 03/24

Dermofix® 2%
Solution
Sertaconazole
30 ml
PROMOPHARM S.A.



Dermofix® 2%
Solution
Sertaconazole
30 ml
PROMOPHARM S.A.



86,70

86,70

Dermofix® Poudre
Sertaconazole
PROMOPHARM S.A.



84,20

VE VF70 0225 L
LOT PER

Prix

82,50

Baycutène® N 15 g
Crème



LOT :

PER :

PPV :

22,70