

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 Étage 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° W21-778417

146893

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0570 Société : Ram

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : 1/14/15 Caroline Amour

Date de naissance : 1/1/1983

Adresse : Cité El Hadad (Rm) Etouffe

Tél. : 0642532496

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/10/23

Nom et prénom du malade : OUNALEK R. d. d. Age : 27/10/2023

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

Nature de la maladie : R. m. l. t. e

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

Docteur AZIZ Zineb
MEDECINE GENERALE
Hôpital de France

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>MACIE RESIDENCE ANNAÏM</p> <p>Pharm GUERRAOU</p> <p>Pharmacie</p> <p>Residence Annaïm - Oulfa</p> <p>22 89 43 09</p>	<p>17</p> <p>21</p> <p>2023</p>	<p>T. 261.80</p>

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Ham GUERRAOUIT
octobre 4 Pharmacie
4, Residence Annaïm - Oulfa
Tél: 022 89 43 09 - Casablanca

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prioritairement la dent traitée. L'acte d'évaluation du degré de réalisation des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires ainsi que le bilan de l'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">H</td> <td></td> <td style="padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">L 5000410</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">21403050</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">0000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">0000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">0000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">11403050</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		G	L 5000410	21403050		0000000	0000000		D		G	0000000	0000000		0000000	11403050		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																						
	L 5000410	21403050																							
	0000000	0000000																							
	D		G																						
	0000000	0000000																							
	0000000	11403050																							
	B																								
	(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AZIZ Zineb

MEDECINE GENERALE

Ex. Interne des Hôpitaux
de France

Attaoune Rue 88 N° 1

Hay Hassani Casablanca

Tél.: 05 22 90 86 90

Casablanca, le : 17/11/23 في: الدار البيضاء،

الدكتورة عزيز زينب

الطب العام

داخلية سابقا بمستشفيات
فرنسا

التعاون الزنقة 88 رقم 1

حي الحسني الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 90 86 90

134,80 1) Levamisole 12 capsules
PHARMACIE RESHIM
Siham GUE
Docteur en t
4, Résidence Ar
Tél: 05 22 89 43 0

40,00 2) Prestin 20
24/15x5 pa

69,00 3) Jori Uot
2 ce sa

18,00 4) Polyvit
24/15x5 pa

T: 261,80 DH

عزيز زينب
Docteur AZIZ
MEDECINE GEN
Ex. Interne des Hôpitaux
Tél.: 05 22 90 86 90

LEVAMOX 12 CAPSULES
PPV 134DH80
LOT 1D070 1
EXP 05/2025

LOT N°:
UT. AV:
PPV (DH):

40,00

LOT: 220968
DLUO: 12/2025
69,00 DH

18,00
PPV 134DH80
PER 10/25
LOT 13369