

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-761888

NY9873



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6738

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dernouni Zohra

Date de naissance :

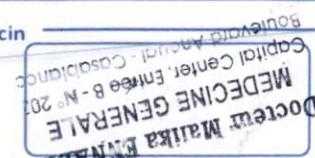
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1007 1018,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DERNOUNI Zohra Age :

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.

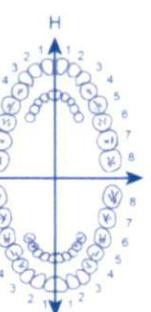
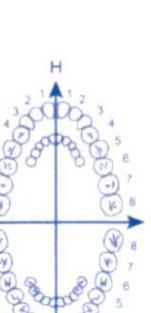
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE</i> <i>TOUS LES JOURS</i> <i>de 7h à 22h</i> <i>10, rue de la République</i> <i>75011 PARIS</i>	<i>11/12/23</i>	<i>1018.40</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

MEDECINE GENERALE

Dietetique Nutrition

DU Echoanaphie

Mesotherapy

Casablanca le 25.02.2023



الطب العام

التغدية السمنة

الفحص بالصدى

الميزوتيرابي

الدارالبيضاء في

DER MOUNI Zahra

123.60 X 3

1^o) Inoxium 40 ml

1cp Neck repas

10 J

15

32.80

1cp lesin

1/10 J/20

2^o) Periods 4

129.00 X 4

1cp art 3 repas

3^o) Maxi Fluo

98.80

1S.

11

6 sessions

4^o) Newftran 160

1018.00

1cp 23 x 10 si douleur

Docteur Malika ENNABIL
MEDECINE GENERALE
Capital Centre Entrée N°1
Boulevard Anoual

Capital Centre

203, Angle Bd. Anoual et Abdelmoumen
1er Etage N°1, Imm B Casablanca

كابطال سنطر

زاوية شارع عبد المؤمن وشارع أنوال
الطابق الأول الشقة رقم 1 العماره ب - البيضاء

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier boud al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/15DMP/21NRC P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier boud al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/15DMP/21NRC P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier boud al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/15DMP/21NRC P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 09/2025
LOT 28057.4

32,80

Lot : 6537169
Dluo : 07/2025
P.P.C : 129 Dh

Lot : 6537169
Dluo : 07/2025
P.P.C : 129 Dh

Lot : 6537169
Dluo : 07/2025
P.P.C : 129 Dh

Lot : 6537169
Dluo : 07/2025
P.P.C : 129 Dh