

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



Déclaration de Maladie

N° W21-781700

AS14/6

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12567

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Houssam ESSAITE

Date de naissance :

27/10/87

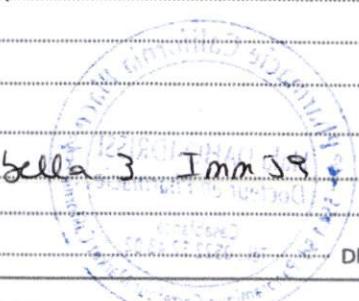
Adresse :

Riad Al Andalous Narbella 3 Imm 38

Appt 20 HAU Riad RABAT

Tél. : 06 78 49 07 01

Total des frais engagés : Dhs



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur Leila CHRAIBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Pédiatrie
 Tel: 0522 59 98 01 GSM: 0600 03 50 46
 IMPE: 091042895

Cachet du médecin :

Date de consultation :

23/2/13

Nom et prénom du malade :

ESSAÏT Ellyna

Age: 1m 1/2

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Almo Brmhl

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

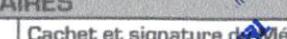
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

RELEVE 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
23/01/23	C3		500.00	INP : Signature : 

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																	
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
<p>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	G	35533411	11433553																															
	H	25533412	21433552																																														
	D	00000000	00000000																																														
	<hr/>																																																
	B	00000000	00000000																																														
	G	35533411	11433553																																														
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																



الدكتورة الشرايبى ليلى

Dr. CHRAIBI Leila

SPÉCIALISTE EN ALLERGOLOGIE

ADULTES ET ENFANTS

اختصاصية في جميع أنواع الحساسية

للكبار و الصغار



الدكتورة الشرايبى ليلى

Dr. CHRAIBI Leila

SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE

اختصاصية في طب الأطفال

والرضع

Casablanca, le 23/2/23 الدار البيضاء، في

17,00

essorti litya



Suppositoire d'azur N°

1 mg le bout

79,50

Apricot rings (1 Cac + 2)



Stomach Baby

3 p's



24,40

Pivalam oral

gouttes x 2



Sur rendez-vous

3011 Route de Bouskoura, 22 Lotissement Sofia 2^{me} étage à côté de la mosquée Al saoûd 1 - Bouskoura

Tél.: 05 22 59 98 01 - GSM : 06 00 03 60 46

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

220619
08/2025

LOT: GT8941
PER: 12 2025
PPV: 24 40

17,00

Kroger Tops 3/11/23

1st floor

Fruits - Orange

- Banana

- Melon

- Poulet olive

(Pates - corn flour) ↓

Sandwich Chawan

- Knoblauch

- Fraise

- Banane

- Fruits