

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° M21- 0060557

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **153365** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **767** Société : **RAM**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Retraité**
 Nom & Prénom : **Labdaa Med**
 Date de naissance : **1941**
 Adresse : **Haj El Alia Rue 3 n° 28 El melle Casablanca**
 Tél. : **0664094165** Total des frais engagés : **± 1240,60 ±** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : **01 Mars 2023**
 Nom et prénom du malade : **LABDAA Red** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **glaucome bilatérale**
 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) :

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
01 Mars 2023	C		25.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

PHARMACIE SALAHEDDINE
SALMA HASSOUNI
756, Boulevard Oued Sebou
05 22 90 50 06 - Casablanca

11/13/23

PHARMACIE SALAHEDDINE
Mme. HASSOUNI Selma
Docteur en Pharmacie
56, Bd. Oued Sebou
Casablanca Tel. 05 22 90 50 06

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

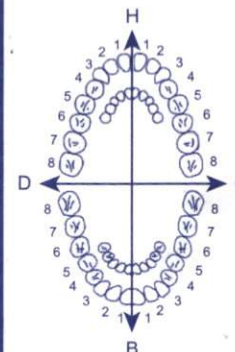
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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	

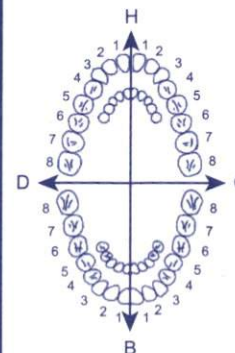
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur CHAFIK Fouad

الدكتور شفيق فؤاد

EXPERT ASSERMENT PRES LES TRIBUNAUX
Dipômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE
ECHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونتيلي 1
الفحص بالصدى

LOT : 20E002
PER.: 11 2023
AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V.: 51DH10
6 118000 060024

Casablanca, le :

22/09/23
LABATA Mohamed

LOT 221039
EXP 07/2025
PPV 49.40DH

LOT : 20E002
PER.: 11 2023
AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V.: 51DH10
6 118000 060024

Pharmacie Salah Eddine
Boulevard Hassan II
Casablanca
Tél : 05 22 90 50 06

LOT : 21E001
PER.: 10 2024
AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V.: 51DH10
6 118000 060024

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Bd Oued OUM
Tél: 05 22 90 51 65

49,40

207,00

LUT 2001
PER 02 2027

207,00

LUT 2001
PER 02 2027

207,00

LUT 2001
PER 02 2027

LOT:1204905
EXP:05/25
PPV:101DH00

VELAXOR® LP 75 mg
30 gélules à libération prolongée



LOT:1204905
EXP:05/25
PPV:101DH00

VELAXOR® LP 75 mg
30 gélules à libération prolongée



ée



VELAXOR® LP 75 mg
30 gélules à libération prolongée

ée

LOT:1204905
EXP:05/25
PPV:101DH00