

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0003096

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Joudi SAID

Date de naissance : 01/05/1952

Adresse : Bassahel

Tél. 0673190875 Total des frais engagés : 1179,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26-01-2023

Nom et prénom du malade : FATIMA ATOUAOU Age:

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : gouttière

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

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/01/2023 | | 1 | 300,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

26/01/23 679,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

26/01/23 215 300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

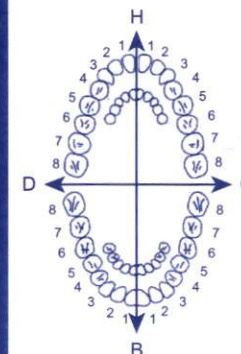
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

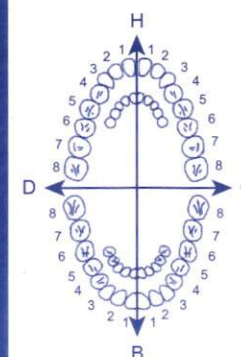
H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
G B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecine de Sport



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام
الطب الرياضي

Dr LAABOURRI
TRAUMATO ORTHO

06 61 32 50 34

IP : 091087452

Berrechid, le

26/01/23

Mme. Fatima Ayounay

94,00

Hydoflex 1x2/

22,20

Caedoliprone 1x3/

61,50

Loxic 15 1amds

79,00

Idaflex chieffent 1Apx2/

74,10

Coedex 1x2/

153,80

Coedex cp 1x3/

25,00

Coedex pommade

148,00

Beeto spray

22,00

Dr LAABOURRI
TRAUMATO ORTHO
87 MLY ISMAIL BERRECHID
06 61 32 50 34

Compte rendu



679,60

87, شارع مولاي اسماعيل - برشيد - المحمول : 06 61 32 50 34

87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34

LOT : 210569
EXP : 03/2024
PPV : 153,80DH

Codoliprane
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 20 mg
16 COMPRIMÉS SECABLES



6 118000 040217
PPV 220H20
PER 10/24
LOT L3661

Mobic 15 mg
Meloxicam

14 comprimés sécables



6 118000 040569

PPV: 610H50
PER: 09/25
LOT: L3090

MYDOFLEX 150 mg

Tolpérisone HCl
30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850

GTIN: 06118001260850
LOT: 4017
MFG: 06 2022
EXP.: 06 2025
PPV: 940hs00

OEDES 40mg
14 gélules



6 118000 083191

LOT 211003
EXP 01/2024
PPV 74.10DH

COCCIDIN

Fusidate de sodium
Boîte de 20 CP/250 mg



6 118000 083238

BACTOSPRAY

LOT: 2205016
EXP: 08/2025
PPC: 148.00DH

125 ml

PPC : 79,00 DH

50 ml 1,7 floz

coccidin pommade
coccidin ointment



6 118000 082989

LOT: 221316
PER: 10-2025
PPV: 25,00DH

Dr A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecine de Sport



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام
الطب الرياضي

Dr LAABOURRI
TRAUMATO ORTHO

06 61 32 50 34

IP : 091087452

Berrechid, le

26/01/23

Mme Fatima Agouay

Tumefaction genou

Radio du genou
gauche F+P

215 Post Logo

SR Absence lésion osseuse

Dr LAABOURRI
TRAUMATO ORTHO
87 MLY ISMAIL BERRECHID
06 61 32 50 34

87, شارع مولاي اسماعيل - برشيد - المحمول : 06 61 32 50 34

87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34