

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

- Reclamation : 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



158193

Déclaration de Maladie : N° S19-0050991

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL IDRISSI ANZ Date de naissance : 01/01/1970
Adresse :
Tél. : 0664791442 Total des frais engagés : 430,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2023
Nom et prénom du malade : EL IDRISSI Ilyan Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : diarrhée

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 : 08/03/2023 Le : 08/03/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/03/2023 | | 5 | 300,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| | 08/03/2023 | 130,70 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES SOINS 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 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 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | MONTANTS DES SOINS | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | DATE DU DEVIS | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 21DH20
EXP 06/2025
LOT 24008 1

ah

Rochd
tal Hassani



visceralgine®

— Méthylsulfate de tiémonium
Tiémonium methylsulfate

T 2 1 1

16,60

CO-TRIM®

Sulfaméthoxazole- Triméthoprime

100 ml

EL IDRUSSI

ILHASS

P d=15g



600 1) enterogermine

1 Ampoule + 1 g

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml,
Susp oral b10 0,5ml
P.P.V. : 60 DH00



2120

2) colerim sirop

01 cmml + 1 g

LOT : 22E045
PER: 09 2024
FLAGYL 4%
SUSP BUFL 120 ML
P.P.V. : 32DH90



FLAGYL sirop

1 cmml + 1 g

3290

4) visceralgine sirop

1 cm + 1 g

1660

13070

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imr. 656/7 RDC - Oulfa - Casablanca (A Côté de club la RAM)

En face Commissariat Firdaouss -Tél : 0522.91.00.30 -Gsm :06 66.48.76.67

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imr. 656/7 RDC - Oulfa - Casablanca (A Côté de club la RAM)
En face Commissariat Firdaouss -Tél : 0522.91.00.30 -Gsm :06 66.48.76.67