

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 canaux, 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 canaux.

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
M23-002620

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 164874
 Nom & Prénom : Aziz Abdelkader
 Date de naissance : 01/01/1975
 Adresse : J. Amal 2 Moenaffi No 115
 Tél. : 0661604130 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 14/05/2023
 Nom et prénom du malade : Aziz Abdelkader Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Unedog
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 12 JUIN 2023 Le :
 Signature de l'adhérent(e) : I. BOUACHA

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

17/05/2023 A 2 347,30 DR. MIMED LENSEFF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Date Montant de la Facture

17/05/2023 347,30

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 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

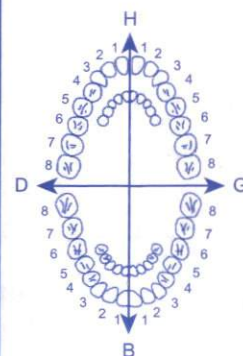
Fin d'Execution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 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



INPE : 090002445

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE
 NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
 CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE
 CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE
 CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR : **Lemseffer**

CASABLANCA Le : **17.05.23**

AZIZ ABDELKADER

Pharmacie IDEAL
 Dr. en Pharmacie de Paris V
N. NJIMA
 21, Rue Jaafar Ibnou Attia Bourgogne
 Tél: 0522 20 14 86
 ICE: 001703342000085

INPE: 092033943

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

Pharmacie IDEAL
 Dr. en Pharmacie de Paris V
N. NJIMA
 21, Rue Jaafar Ibnou Attia Bourgogne
 Tél: 0522 20 14 86
 ICE: 001703342000085

Pharmacie IDEAL
 Dr. en Pharmacie de Paris V
N. NJIMA
 21, Rue Jaafar Ibnou Attia Bourgogne
 Tél: 0522 20 14 86
 ICE: 001703342000085

S.V.

URGENCES 24/24

32,60

1.347,30



LOT
EXP
PPV

132,00
02/2024
132,0000

Novex®

4000 UI anti-Xa(0,4 ml) Remboursable AMO
2 seringues pré-remplies de solution injectable
AMM N°: 22020202AMM21111111111111



6 118000 021896

PPV:
Lot n°:
EXP:

141DH20

221210/1
11/2024

Ceroxim® 500mg
Boîte de 10 comprimés



6 118000 380115

27,50

Spasfon®

30 comprimés enrobés



6 118000 330226

PPV: 14DH00

PER: 02/26

LOT: M566

باراڤيضمو

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

32,60

موكسول

امبروكسول

بدون سكر