

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 canalaire, 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 canalaire.

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

AB5189

Déclaration de Maladie : N° S19-0049597

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07956 Société : R.A.N.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SOUA FATHA Date de naissance : 13.07.1965

Adresse : 1 de

Télé. 661355484 Total des frais engagés : 150 + 158,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL JABIRI M.
Médecin Généraliste
N° 119 Lot Al Adarissa
Sidi Maarouf - Casa
Tél : 06 70 89 39 27 - 05 22 97 37 25

Date de consultation : 18.04.23

Nom et prénom du malade : SOUA FATIMA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diarrhée + Douleur Abdominale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 JUIN 2023

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 : Casablanca Le : 13.06.23

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/04/2023	158.60

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	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL JABIRI MINA

Médecine Générale

**CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ÉCHOGRAPHIE GENERALE**

الدكتورة الجابري مينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le 18/04/23 الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

Mme *Fatima SOUAL*

N° D'AMM: 736/16DMP/21/NRQ
LQT: 22121 PER: 09/2027
PPV: 48,50 DH

48,50

1 - Tiberal 500mg
1 cp x 31

65,10

2 - Ulfralene gel
2 gels

45,50

3 - Nospa forte (40 mg)
1 cp

PER: 09/2026
LOT: 22E006
NO - SPA FORTE 80MG
CP 820
P.P.V: 45DH00

6 1180000 061816

158,6



*Docteur EL JABIRI MINA
Médecin Généraliste
N° 119 Lot Al Adarissa
Sidi Maârouf - Casa
0670 80 39 37 - 06 2297 37 25*

تجزئة الأدresse رقم 119، سيدى ماروف - الدار البيضاء - الهاتف - 0522 97 37 25 - المحمول : 0670 80 39 37
N°119, Lot. Al Adarissa Sidi Maârouf - Tél. : 0522 97 37 25 - GSM: 0670 80 39 37 - Casablanca

صالح لغاية:
EXP:

Lot :
مجموعه:

Fab :
صنع:

1043

05 2022

05 2025

BIOCOS EX MAR 0 C PPV 65.10 DH