

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



Déclaration de Maladie

N° W21-803119

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2017 Société : BAJ

☐ Actif ☐ Pensionné(e) Autre : Saib

Nom & Prénom : EL BAZI

Date de naissance : 16/02/78

Adresse : 166278

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 2 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : EL BAZI Saïd Age : 71

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

Nature de la maladie : 2100 Cytomegalovirus

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 02/06/2023

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
22 JUIN 2023			3010	INP : 091097774

Dr. CHAKIR M. BRAKCHI
DENTISTE
Cabinet de soins dentaires
Médicines et Chirurgie
Casablanca
Tél : 0522 52 52 52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/06/2023	241.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

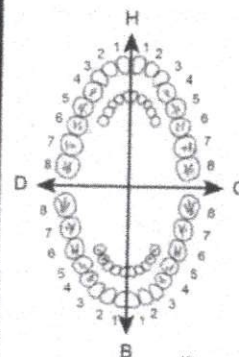
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

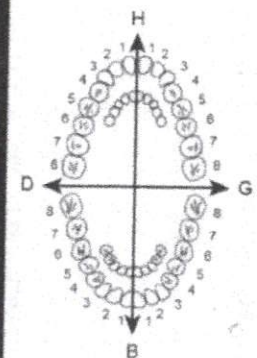
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXEC

Docteur Marrakchi Chahib

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC



Lentilles de contact
PAR FEMTO-LASIK

عيوب المتراسي

فحص

وجراحة العين

الطب بثلوز فرنسا

LOT 221829

EXP 05 2026

PPV 40 10



CASABLANCA, le :

22 JUN 2023

Dr SAÏD EL BAZ

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
118001142262

Uniquement sur ordonnance

no. 12

- X42AL S

1 g / j

- AVAMYS

2 vel / semaine matin et soir

8 j 2 vel 1 f / j

15 j - 20 j

- Allergo Comod

320 Boulevard ZERKTOUNI 1er ET. CASABLANCA

TEL : 05.22.47.57.60 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.60

Mail: cmarrakchi1@gmail.com

7 He 3 a y f / j -> but left

CHI PRO COLU
Type x3/2



STERIPHARMA
PPV : 57,90 DH
N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

utiliser avant / Lot n°
09 / 2025
305382

241.60



DR CHARIB MAZAKCHI
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux
320, bd Zerkouni, Casablanca
Tél. : 0522.22.60.85 et 0522.47.57.60