

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

- 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

M22- 0044861

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUPDOW Laila
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0666 99 14 38 Total des frais engagés : 536,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Dr. SEDDIKI Asmaa
89, Rue El Gharb
Hay Laâyoune El Fida
Casa - Tél. : 05 22 83 30 39

Date de consultation : 13/04/23
Nom et prénom du malade : Laila Oupdow Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rhinopharyngite - Bronchite
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 : Le : 13/04/23
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
2023		1	110 800	
AVR. 2023				
VR. 2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/2023	38 680

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

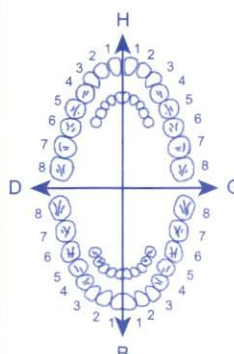
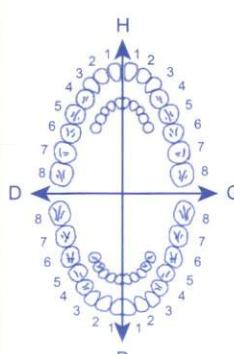
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة أسماء الصديقي
طبيبة خبيرة لدى المحكمة
الطب العام : النساء و الرجال و الأطفال
الحمل و الولادة
طب الشغل

فداء - درب السلطان - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.83.30.39
89. Rue El Gharb - Hay Laâyoune - El Fida - Derb Sultan - Casablanca
E-mail : asmaland@yahoo.fr

61 Doliphen
1825 ✓

PRV:20DH00
PER:10/23
LOT:J2920

r. SEDDIKI Asmaâ
89, Rue El Gharb
Hay Laâyoune El Fida
Casa - Tél.: 05 22 83 30 39

نظارات البرد

زكام

سيلان الأنف

الكبار

التهاب الأنف والحنجرة

عن طريق الفم

بوتني د.م.
82, مر الكاينارناس - عين السبع - الدار البيضاء
د.س. البشوشني - صيدلي مسؤول

b

DEDES[®]

oméprazole



20 mg

Voie orale

Microgranulés

☐ DURÉE ☐ MATIN ☐ MIDI ☐ SOIR

LOT 211148

EXP 04/2024

PPV 52.80DH

فِتْوِيلِيْسْ

محلول للشرب



للکبار

صمغ النحل
الإيكناسيا
الزعر
فيتامين C



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot:

220208

A consommer

de préférence avant le: 02/2025

PPC: 79,50 DH

فِتْوِيلِيْسْ

محلول للشرب



للکبار

صمغ النحل
الإيكناسيا
الزعر
فيتامين C



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot:

220208

A consommer

de préférence avant le: 02/2025

PPC: 79,50 DH


AZIX[®] 500 mg
Azithromycine



3 Comprimés
3 sécables

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebtia - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

[®]

X
mycine

0 mg

ie orale

PPV 79DH78
PER 12/25
LOT 12602




AZIX[®] 500 mg
Azithromycine



3 Comprimés
3 sécables

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebtia - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

[®]

X
mycine

0 mg
ie orale

PPV 79DH78
PER 12/25
LOT 12602

