

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0049208

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 030 97 Société : R AM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Venve 168875
Nom & Prénom : Aboubaïb Fatma
Date de naissance : 01/01/1956
Adresse : 785 LOT EL Wafa Any Derona Berrechid
Tél. : 0638.82.3802 Total des frais engagés : 1659,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR AMEUR MARJISS
540, LOT EL Wafa Any Derona
Tél : 0522 31 153
Date de consultation : 11/07/23
Nom et prénom du malade : Aboubaïb Fatma Age : 73
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Arteriohypertension, Diabète HTA.
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 : Casablanca Le : 11 / 07 / 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
11/07/23	Ce	1	1500	
18/07/23	colt		610	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/07/23	1467,90 €
	18/07/23	42,00 €

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	

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</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

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U
Ibnou Rochd - casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

Date:

Nom:

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في فحص بالصدى

تخطيط القلب

LOT:M1033
PER:04/2025
PPV:78,00DH

78,00

1st Afonic ASy

Asy eg

37,00

2nd Acetone

Yasly eg

3rd 45,80

Asy eg

P.P.V :

LOT :

EXP :

37,00

PPV:45DH80
PER:04/26
LOT:M1252-1

Prochain rendez vous:

الموعد المقبل

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot Wafaa - Deroua - Tél : 05 22 53 27 53

of Cocchafane

30,00

LOT: 23E010
PER: 02 2026
LOCATOP 0,1%
CREME T30G
P.P.V: 30DH00
6 118000 012061

1er of 1g

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg, cp b 28
P.P.V: 218,00 DH
6 118001 080908

3x
218,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg, cp b 28
P.P.V: 218,00 DH
6 118001 080908

2x 6d
39,90

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg, cp b 28
P.P.V: 218,00 DH
6 118001 080908

2x 8d
250,00

43,30

39,90

39,90

LOT 230094 EXP 03/2025
PPV:250DH00

LOT 230094 EXP 03/2025
PPV:250DH00

43,30



Ace chie

DRAMEIT
Tel: 0522 53 27 53

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U
Ibnou Rochd - casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

Date: _____

Nom: _____

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في فحص بالصدى

تخطيط القلب

13,20

1st Alex

Yaz

2nd Ahmed Redouan

28,80

3rd Youssef

42,00

Prochain rendez vous: _____

الموعد المقبل

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot Wafaa - Deroua - Tél : 05 22 53 27 53

13,20



DR AMEUR N
MEDECIN GEN
540, LOT EL WAF
Tél : 0522 53 27 53

PPV
LOT
PER

28,80