

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
M22- 0052327

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12/81 Société : Retraite 170297
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENOUHOD ABDELHAJ
Date de naissance : 07/01/48
Adresse : 0645114019
Tél. : Total des frais engagés : 305.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 22/07/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27

07

2023

305,20

INPE: 092037647

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

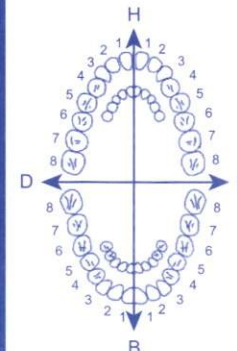
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

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]

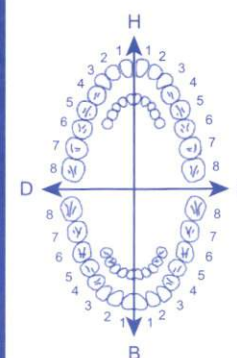
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

صيدلية لاجيرون

PHARMACIE DE LA GIRONDE

M^{me} Mouna GHARBAOUI GHATTAS

Docteur en Pharmacie

Diplômée d'état de la faculté de Rennes (FRANCE)



السيدة الغرباوي غطاس منى
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية الصيدلة برين (فرنسا)

Casablanca, le 27/07/2023 في الدار البيضاء

Facture N° : 0001344

BENOUHOUD Abdelaziz

3. Fluden 1p
1 Dipiwor 5/604

$68.90 \times 3 = 206.70$

$99.00 \times 1 = 99.00$

Total = 305.70

Arrêter la présente Facture à la somme de:

trois cent cinq dh 70

PHARMACIE DE LA GIRONDE
M^{me} Gharbaoui Ghattas Mouna
Angle Bd. de la Gironde & Rue Ifni
Tél: 0522 30 06 19 - CASABLANCA
N°RE: 092037647

دیسکور 5 ملغ

آملو دیپین

60 قرصا

AFRIC-PHAR

افریک-فار



99,00



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Im. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد
المدة 1,5 سنة

LP [®] **فلوكس**

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
ناتبة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احرص على الجرعات المحددة

66,89

(50 X 20 X 114) mm



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Im. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد

المحتوى 1.5 ملغ

LP [®] **فلو دكس**

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
ناتبة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احرص على الجرعات المحددة

66,89

(50 X 20 X 114) mm



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Im. ZEVAO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد

الاندرويد 1.5 ملغ

LP [®] **فلوكس**

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
ناتبة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احرصوا على الجرعات المحددة

66,89

(50 X 20 X 114) mm