

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0008147

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03631 Société : /

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : /

Nom & Prénom : EL JADID Abdelaziz Date de naissance : 30-06-1960

Adresse : /

Tél. : / Total des frais engagés : 100 + 291,30 + 228,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/09/2023

Nom et prénom du malade : JADIDI LALLAS SAADIA Age : /

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

Nature de la maladie : anxiété

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 : 21/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : /


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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13/09/23 | C | | 150,00 |  |
| 16/09/23 | C | | Centrale | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 13-9-23 | 291,30 |
| | 16-9-23 | 228,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

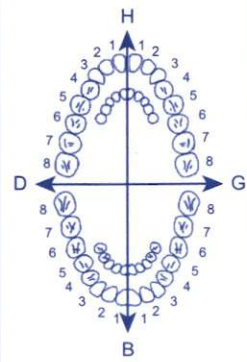
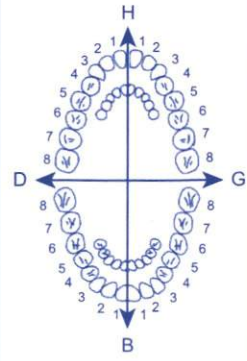
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 Hayat OUARIT

Médecine Générale

- Certificat de Gynécologie Médicale
- Certificat de Diabétologie et Nutrition
- Echographie



الدكتورة حياة وارث

الطب العام

- شهادة في أمراض النساء
- شهادة في مرض السكري و التغذية
- الفحص بالصدى

Casablanca, le : 13/09/2023 : الدار البيضاء, في :

ORDONNANCE

PT JADIDI LALLA SAADIA



① Alitiam 50g - 21,00

Handwritten notes and signatures in blue ink.

② Bulezyl gelule - 63,30



③ Rha... 300g - 87,00



شارع إقامة شيماء, إقامة سفيان عمارة A'2 رقم 1 الطابق السفلي - سيدي معروف - الدار البيضاء

Boulevard Résidence Chaimaa, Résidence Soufiane Imm A'2 N°1 RDC - Sidi Maârouf- Casablanca

الهاتف : 05 22 97 36 55

④ Jav. tons angle br. K

114,00

291,30

angle x 1/

22462 1025
LOT PER
Prix 114.00

S.V 10/

Dr. HAYAT OUARIT
Médecin Généraliste
Rés. Sofiane Imn A2 N°1 R.D.G.
Sidi Mouarouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 28 05

PHARMACIE TOUATI
Dr. Maryeme EL FARNINI
Tél: 0522 65 20 70
INPE: 092067248
RIAD SOFIA T2-223 M2 LISSASEA

Dr Hayat OUARIT

Médecine Générale

- Certificat de Gynécologie Médicale
- Certificat de Diabétologie et Nutrition
- Echographie



الدكتورة حياة وارث

الطب العام

- شهادة في أمراض النساء
- شهادة في مرض السكري و التغذية
- الفحص بالصدى

Casablanca, le : 16/02/2022 : الدار البيضاء, في :

ORDONNANCE

M JADIDI LALLA SAADIA

① Levonelle 0.025g
93,00

PPV 93DH00 LOT 25006 3
EXP 04/2025

② Neopred 203 cp
37,40

NEOPRED 20mg
30 comprimés
PPV : 37,40 DH
116000 191919

③ Dociver 2
69,00

LOT: 230093
DLUO: 01/2026
69,00DH

④ Dalein 1000g
14,00

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M2188

شارع إقامة شيماء, إقامة سفيان عمارة A'2 رقم 1 الطابق السفلي - سيدي معروف - الدار البيضاء

Boulevard Résidence Chaimaa, Résidence Soufiane Imm A'2 N°1 RDC - Sidi Maârouf - Casablanca

الهاتف : 05 22 97 36 55

① v.6 c 1000 3 ep-jer

15,30

228,70

2 p=1/1



PPV 15DH30
EXP 01/2026
LOT 320462

110,

Dr. HAYAT OUARIT
Médecin Généraliste
Rés. Sidi Moussa - Casablanca
Tél: 05 22 97 00 00