

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

M23- ~ 020239

couper

Optique Autres

178183

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IDRISI M BARR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M23-020239

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. ABDELAZIZ BENHMID

الدكتور عبد العزيز بن محمد

Médecine Générale

DU De Diabétologie à L'université Paris 13
Ancien Médecin chef au ministère de la santé
Ancien Médecin du groupe OCP



الطب العام

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13
طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة
طبيب سابق بالجامعة الشريف للفوسفاط

SIDI IFNI, Le : 27/09/2023

ORDONNANCE

Mme : ABALAGH AOUICHA

- 1 **ASPEGIC 1000**
1S 3F/J 10 JOURS
 - 2 **DOLIPRANE 1G**
1CP 3F/J 10 JOURS
 - 3 **KETODERME**
1 APP 2F/J 3 MOIS
 - 4 **NATRIXAM 1.5/5**
1CP/J 3 MOIS

Dr. Abdellatif
Diabétologie
Lot. Fatah Sidi Ifni
Tél: 05.28.87.59.07
Pharmacie EL JUAFI
Dr. Driss BENMHAMMED
Tel: 05.28.87.66.96
Av. CAIRE Sidi Ifni
INP: 04.2074.161
ICE: 001231294000066
Dr. Dia

Dr. Abdelaziz BENHMID
Diabétologie Echographie
Lot. Fatah Sidi Ifni
Tél: 05.28.87.59.96

05.28.87.59.96 - وادية الفتح أمام الخيم البلدي - سidi Ifni - الهاتف :
Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



6 118000 011590



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

ASPEGIC 1G
SACHETS B10

P.P.V : 30DH80



6 118000 061083

KETODERM 2%
CREME T 10G

P.P.V : 25DH30



6 118000 010920

KETODERM 2%
CREME T 10G

P.P.V : 25DH30



6 118000 010920



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

PPV : 14DH00
PER : 04/26
LOT : M659

Doliprane®

Paracétamol

10

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

PPV : 14DH00
PER : 04/26
LOT : M659

Doliprane®

Paracétamol

10

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972