

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.



N 83658

Déclaration de Maladie : N° S19-0046226

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236 Société : RAT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HARAKAT Wala Date de naissance : 25 06 1970
Adresse : Dar Nakhal - Rue Abd Azouke - Casablanca
Tél. : 0663 444000 Total des frais engagés : 1328,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 / 10 / 2023
Nom et prénom du malade : Age : 69 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Sigmaloite
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 : 18 / 11 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
11/10/2023			4100DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/10/2023	928,90

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 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 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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

29.50  ALARA Ket mafaa

1) my autalgue

1p si dov le

max 3/5
 287.00 41.00 x 4

2) DA 2

1p x 2/5

TIDA 2

239.60 1/5 59.90 x 4

3) purgalax

2 mahin

ANTALGIC® 20 comprimés pelliculés
 PPV 29DH50 EXP 04/2025
 LOT 31015 3

LOT: 0230028A
 PER: 05/2026
 PPC: 41DH00

LOT: 0230028A
 PER: 05/2026
 PPC: 41DH00

LOT: 0230028A
 PER: 05/2026
 PPC: 41DH00

LOT: 0230028A
 PER: 05/2026
 PPC: 41DH00

LOT: 0230028A
 PER: 05/2026
 PPC: 41DH00

LOT: 0230028A
 PER: 05/2026
 PPC: 41DH00

PURGALAX 30
 LOT 0103CV/FC16
 PER 02/2026
 PPC 59,90

6°111255 810253

LOT 0103CV/FC16
 02/2026 PPC 59,90

LOT 0103CV/FC16
 02/2026 PPC 59,90

98,80

4) Neo fonta 160 5 Pdt 12

244,00

1/2 B 80 -

5) IAS

SV

3mg

NEOFORTAN®
10 COMPRIMÉS EFFÉVESCENTS 160 mg

6 118000 031697

PPV 98DH80
EXP 03/2026
LOT 33022 2

LOT: 0230029A
PER: 06/2026
PPV: 41DH00

Dr. Madzouz K.
Spécialiste en Gastroentérologie
et oncologie digestive
134, Bd. Bir Anzarane el Rue Ahmed Eljonnari
Imm. Aya, 1er étage, Apt. N°3 - Maârif
Tél: 05 22 99 47 80 - INPH: 09.11.66.777

FCV
LOT 0103CU/FCV5
02/2026 PPC 59,90

PHARMACIE LA SOURCE
L. EL BOUMI MOUNA
6-7 Rue Ain Asserdoune
C.I.L. - Casablanca
Tél: 05 22 36 24 85 / 05 22 36 26 89

928,90