

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

M23-0018871

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1121 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZAKRAOUI Fatima SP ZOHEIR
Date de naissance : 21.12.1950
Adresse :
Tél. : 0661 46 69 49 Total des frais engagés : 527,00 DH 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 : INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE + H.T.A

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : H.T.A + I.R.

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 : 03 / 01 / 2024

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

Pharmacie Km 15
Dr. MOUZOUN Yacine
 Pharmacie Résidence Km. N° 45
 Saloma 2, Sebba : Casablanca
 Aln Sebba : 06 03 05 98 18
 Whatsapp : 09 20 36 771
 INPE : 09 20 36 771

09/01/24 52750

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

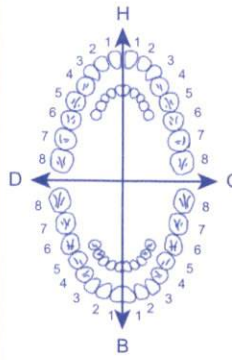
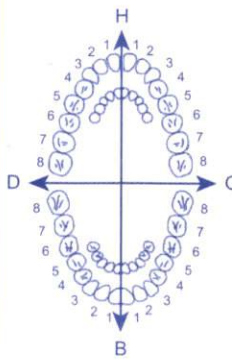
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

Pharmacie KM 15 - Casablanca

Yacine MOUZOUN

0520099009

Soloma 2 Residence Rim n 46 Ain sebaa, Casablanca



Facture N° FAC-390

Date : 09/01/2024

ZAKRAOUI FATIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Lot:	
UNALFA CO 1µG B30 COMP	1	172,20	006807	172,20
BIPRETERAX CO 5MG/1.25MG B30 COMP	1	111,10	03 2025	111,10
ULORIC CO 80MG B30 COMP	1	187,70	1000000000	187,70
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	1	27,70		27,70
VITANEVRIL FORT CO B30 COMP	1	28,80		28,80

Code de TVA	1	2	3	Total HT	513,34 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	14,16 DHS
Montant (DHS)	0	14,16	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	527,50 DHS
				Total	527,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent vingt-sept DHS et cinquante centimes

Pharmacie Km 15
Dr. MOUZOUN Yacine
Pharmacien
Soloma 2, Residence Rim, N° 46
Ain Sebaa - Casablanca
Whatsapp : 06 65 05 98 18
INPE : 092036771

11110

PPV
LOT
PER 28,80



LOT 1149282
MFG 07 2023
EXP 07 2025
SN L9XPJVQN2QK3J

PPV
187DH70

IF : 53404792 RC : 299424 ICE : 00199779900060
Tel : 0520099009
Adresse : Soloma 2 Residence Rim n 46 Ain sebaa, Casablanca

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280