

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

N° M21- 0055103

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SKIREDJ LEILA
Date de naissance : 05/04/1958
Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA T43 N°1
CASABLANCA
Tél. : 0660619331 Total des frais engagés : 58,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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) :

Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 2019

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
	12/10/24	584,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

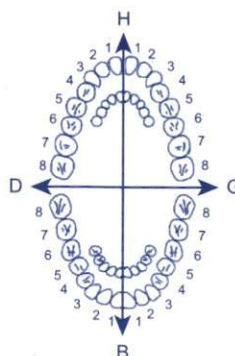
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
				CCEFFICIENT 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
(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

Nadia EL GHARSI
Pharmacienne



صيدلية الهاشمي
نادية الفرسي
صيدلانية

Date: 12/01/2024

Bon de Livraison N° 000503

M: me skrodjilice

Quantité	Désignation	P.U.	Total
01	Sparfan 7	270	2700
03	Dalip 2007	103	3090
			<hr/>
Montée poste faite à J:			5840
Cotisation de cigarette mil par ct 40 ct			

PHARMACIE EL HACHEMI
Résidence Cité Plateau
Algérie
Tél. 661.55.77.99
C. B. Algeria

Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول ونظر الأطفال.

AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

30 COMPRIMÉS ENROBÉS

30 قرص ملبس

Spaston®

phloroglucinol 80 mg / triméthylphloroglucinol 80 mg

 **acino**

fabriqué sous licence par :

 **zenith pharma**

96, Zone industrielle Tassila Inezgane - Agadir - Maroc
Dr M. EL BOUHMAOUI, Pharmacien Responsable.

Spaston®
30 comprimés enrobés



6 118000 330226

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

DOULEURS
FIEVRE

bottu sa

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca

C. Bachouchi - Dharmawan Darmawijaya

Vole orale
20 COMBIMES CECARLES

PPV: 10DH30

PER: 02/23

LOT: J531

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

DOULEURS
FIEVRE

bottu sa

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca

C. Bachouchi - Dharmawan Darmawijaya

Vole orale
20 COMBIMES CECARLES

PPV: 10DH30

PER: 02/23

LOT: J531

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

DOULEURS
FIEVRE

bottu sa

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca

C. Bachouchi - Dharmawan Darmawijaya

Vole orale
20 COMBIMES CECARLES

PPV: 10DH30

PER: 02/23

LOT: J531