

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

W21-835151

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3815 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL ALAOUI MOUHSSINE
 Date de naissance : 28/05/1967
 Adresse : Habitel
 Tél. : 0697965818
 Tous des frais engagés : 19408 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2019
 Nom et prénom du malade : EL ALAOUI MOUHSSINE Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite asthmatiforme
 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 : Casablanca Le 24/02/2019
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2 / 20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

24/01/24

C

C

Dr. P. G. G. G.
Pneumo-pharyngien
Hôpital Mly
Casa - Anfa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE EL OULFA
PHARMACOYA
Dr. SVISTAKOVA YASMINE
N° 44, Bd. Oud Tansift Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 91 32 92

24-01-24

507,00

INPE:092025964

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

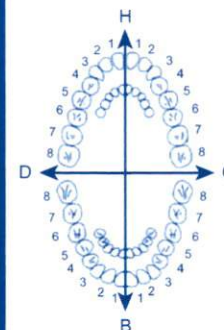
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION



O.D.F.

PROTHESES DENTAIRES

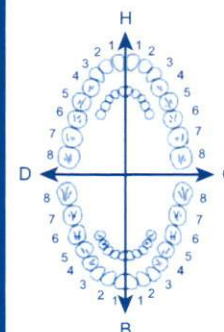
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552	H
D	00000000	00000000	G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
			B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ
 ET DE LA PROTECTION SOCIALE
 INSPECTION REGIONAL CASABLANCA-SETTAT
 DELEGATION MEDICALE CASA - ANFA
 CENTRE HOSPITALIER GERIONAL
 MOULAY YOUSSEF



المملكة المغربية
 وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
 المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات
 المندوبية الطبية الدار البيضاء - أنفا
 المركز الاستشفائي الجهوي
 مولاي يوسف

$SpO_2 = 97\%$

ORDONNANCE 24-01-24

EL ALAOUI

M. OULFA

210,00

1) Symbicort 200



1/17DMP/21/NNP
 3YU007
 06/2023 P.P.V. 210.00 MAD (Dhs)
 05/2025

297,00 " 1 bouffée matin et soir se rincer la bouche après utilisation.

2) Airfastec up lo mg
 1 up le soir



SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier benou el acoum roches
 noires casablanca
 SYMBICORT TURBUHALER
 200/6 µg
 Poudre pour inhalation
 Flacon de 120 doses
 104/14 DMP/21/NNP P.P.V. 297,00 DH
 6 118001 020706

PHARMACIE EL OULFA
 PHARMACOYA
 Dr. SVISTAKOVA YASMINE
 N°54, Bd. Oued Tansift Oulfa Casablanca
 Tél: 06 22 91 32 92

Dr. P. CH...
 Pneumologue
 Hôpital Casa - Anna

A2 rem...