

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- N° 0040236

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 201330
Nom & Prénom : RAYMOUNE JAMILA
Date de naissance : 20/06/1952 CASN
Adresse : Im 29 Apt 4 - 2^e etg - NOUR California
CASN
Tél. : 0660168100 Total des frais engagés : X 355,60 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : RAYMOUNE JAMILA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Emgestrif
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
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 05/04/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dr. BOUZIANE AZOUCHE
 Chirurgie Générale
 Proctologie Coelie Chirurgie - Echographie
 505, Rd. 2 Mars Hdaouia II, Ain Chok - Casa
 Tél : 0622 578225

[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAoudi Coopérative Ach-charaf, N° DM2 Bay Inara, Haddaouia - CASA Tél : 06 32 21 64 09	20/03/2024	105,60

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

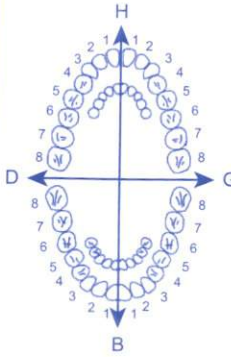
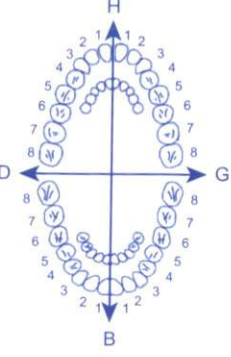
[illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

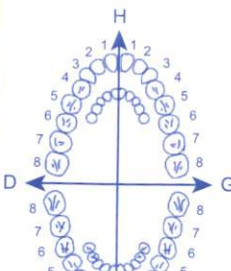
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>
				MONTANTS DES SOINS	<div></div>
				DEBUT D'EXECUTION	<div></div>
				FIN D'EXECUTION	<div></div>


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		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

Docteur Azeddine BOUZIANE

Spécialiste en Chirurgie Générale

Spécialiste en Chirurgie Digestive

Coeliochirurgie - Chirurgie de la Thyroïde

Proctologie - Echographie

الدكتور عز الدين بوزيان

اختصاصي في الجراحة العامة

اختصاصي في أمراض و جراحة الجهاز الهضمي

الجراحة بالمنظار الداخلي - جراحة الغدة الدرقية

جراحة المخرج - الفحص بالصدى

ORDONNANCE

20/0:

Casablanca, le

Mme Rahmoune Jamila

29,50

eucarbon cp

2 comprimés, 3 fois par jour

37,10

peridys sirop

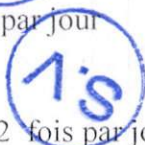
1 cuillerée à soupe, 2 fois par jour avant

38,60

ixor 20

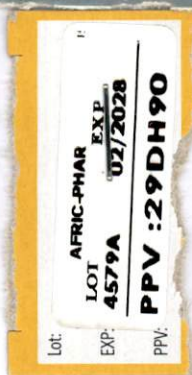
1 comprimé le matin

105,60



Dr. BOUZIANE Azeddine
Chirurgie Générale
Proctologie Coelio Chirurgie - Echographie
548, Bd. 2 Mars Heddaouia II, Ain Chok - Casa
Tél : 05 22 87 03 25

~~PHARMACIE ACH-CHARAF~~
~~Dr. Bouchra TAoudi~~
~~Coopérative Ac-charaf, N° DM2~~
~~Hay Inara, Haddaouia - CASA~~
~~Tél. : 05 22 21 64 09~~



LOT : 23E006
PER : 08 2025

PERIDYS 1MG/ML
SUSP. BUV F200ML

P.P.V : 37DH10

