

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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

M22- 0016209

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 03090 | Société : D.A.M. 202691 | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | Autre : | |
| Nom & Prénom : SAMORAH AHMED | | | |
| Date de naissance : 01.01.1952 | | | |
| Adresse : 619 Hay Essalam El Jadida | | | |
| Tél. 0675280926 | Total des frais engagés : 346,90 Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

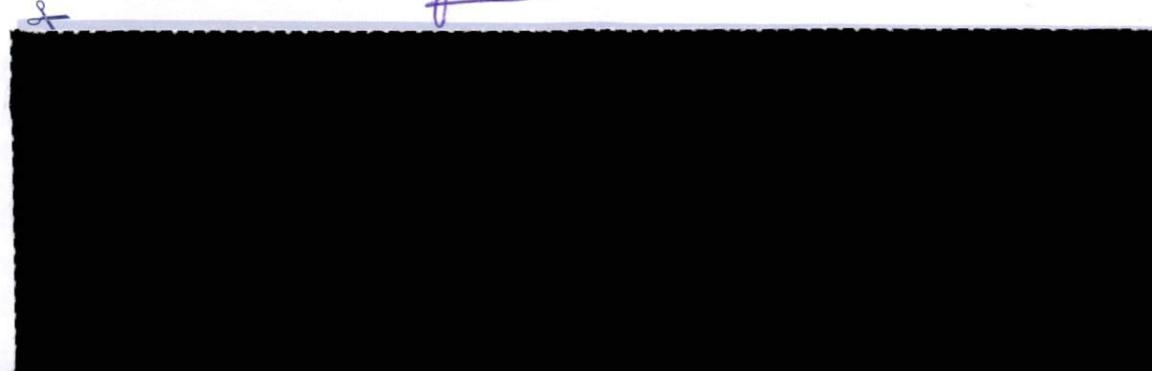
| | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 01/03/2021 | Age: | | |
| Nom et prénom du malade : SAMORAH | Sexe: | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | | |
| Nature de la maladie : HTA | Pathologie : | | |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC | | | |
| 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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/03/24 | C | | 100.90 | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie Hay Essalam Dr. SIRRI ICHAM Imm 21, M 19 Residance Tél : 0523352929 El Jadida | 10/03/24 | 2.66.90 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | H G B | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | MONTANTS DES SOINS |
|---------------------------|--|--------------------|
| | H 25533412 21433552 G 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | |
|-------------------|-----------------|-------------------------|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | |
|---------------|---------------------|---|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AICHA BELIDI

Médecine Générale

D.U gynécologue obstétrique médicale
Infertilité du couple – Colposcopie
Faculté de médecine Mohammed V
Rabat-Souissi

الدكتورة عائشة البلعيدي

الطب العام

diplôme universitaire en médecine générale
chez la femme et l'homme, le malade par l'intermédiaire
de la faculté de médecine Mohammed V à Rabat-Souissi
Faculté de médecine Mohammed V
Rabat-Souissi



El Jadida : 20/03/2024 الجديدة في :

SANDRAH Ahmed

pharmacie HAY ESSALAM
Dr. SIRRI ILHAM
Imm 20, M 19 Résidence
Tél: 0523352929 Oum Errabiba Hay Essalam
El Jadida

43,00

43,00

1) Pens



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 22E011
PER : 04/2026
6 118000 060833

19,60

Relaxol

500 mg



66,30

31 Profenid

100 mg



PROFENID 100MG
CP PEL B30
P.P.V : 70DH09
LOT : 22E012
PER : 06/2026
6 118000 060802

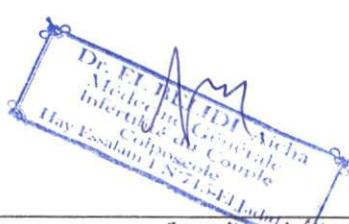
88,00

w/ Neutra GAZ



NEUTRA GAZ
88,00

T= 246,90



المحمول : 06 12 02 04 76

Hay Essalam 1 , Imm 715 N° 1- 1^{er} étage – El Jadida

سلام 1 ، عمارة 715 الطابق الأول - الجديدة

GSM : 06 12 02 04