

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RE

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal B
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18



Déclaration de Maladie

M22- 0047333

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04384

Société : R.A.H

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ASHI / NAÏMA

Date de naissance : 1954

Adresse : 66, Av. Non Ray Hassan 1^{er} App. N°4 CASA

Tél. : 0661332849 Total des frais engagés : 575,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9 / 4 / 2024

Nom et prénom du malade : NAÏMA ASHI

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : pathologie par l'arrêt de l'allergie

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.
Le : 25 / 04 / 2024

Fait à : CASA BLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant le paiement
09/04/2024	✓	1	200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie la Ceinture Verte Dr. EL YAKOUBI F. Zohra Av. Allal Ben Abdellah, Cité Andalouse Témara - Tél.: 05 37 64 35 84 I.N.P.E : 102017381	09/04/24	375,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologiste	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie la Ceinture Verte Dr. EL YAKOUBI F. Zohra Av. Allal Ben Abdellah, Cité Andalouse Témara - Tél.: 05 37 64 35 84			

AUXILIAIRES MEDICAUX

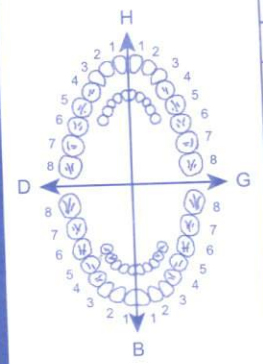
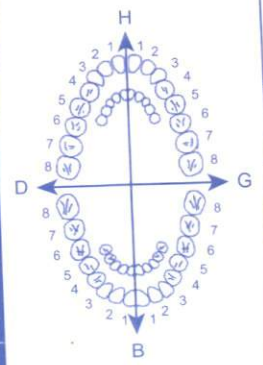
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

NAIMA ASNI

Dr. ERGUIG Mohammed

MÉDECINE GÉNÉRALE

Expert Assermenté

N° 4 - Sigale - Sigalon

Tél.: 05 37 74 13 97 - Témara

الدكتور الركيك محمد

الطب العام
خبير محلف

رقم 4 - سيكال سيكالون

الهاتف : 05 37 74 13 97 - تمارا

Témara, le

9/04/2024

I Cam S

Client 800

flamcozide

1 application x 21

DAZ EN

Dnnextium 90

Dr. Mohammed ERGUIG
Médecine Générale
Expert ASSERMENÉ
N°4 Sigale-Sigalon - Témara
Tél: 05 37 74 13 97

Pharmacie la Ceinture Verte
Dr. EL YAKOUBI F. Zohra
Av. Allal Ben Abdellah, Cité Andalouss
Témara - Tél.: 05 37 64 35 84

FLAMMAZINE® 1%
Crème

50 g

PPV: 66,80 DH

AFRIC PHAR
LOT 231880 EXP 11/2025
PPV : 37DH40

Voie orale **GALENICA**

Claril 500 mg
Bte 14 comprimés
PPV: 149,50 DH

500
1 comprimé enrobé
contenant 7 g de clarithromycine

مضاد حيوي

مختبرات غاليكا - الدار البيضاء - المغرب
GICA - Casablanca - Maroc

6 118000 191001

DASEN® 10 000 UI 40 Comprimés enrobés
Serrapeptase gastro-résistants

PPV :
EXP : 44.70 DH
01/26
Lot N° : L1503

EXP. JUL-26
LOT ZETE
FAB. AUG-23

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair khrou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Bolte 14

640150MP 21NRQ P.P.V: 76,70 DH

6 118001 020591