

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

- 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

M23-0029523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5973 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHAIRY Yamna Ep. LABLE DJ
 Date de naissance : 25/10/1965
 Adresse : Cité de la commune urbaine BC 06 W 42
 Hay Hassan, Casablanca
 Tél. : 06 22 66 46 60 Total des frais engagés : 690,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور سعيد العالوي
 طبيب محلف، خبير في
 الطب، طريق موهب
 (فوق مستشفى ابن
 ماريون - الحي الحسني
 222 90 97 68 العالوي
 222 90 70 98 العالوي

Date de consultation : 19 MARS 2024
 Nom et prénom du malade : LARUJI YASSIN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : En surcharge
 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 : 13 / 04 / 2024
 Signature de l'adhérent(e) :

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
19 Mars 2024	C		2.80.97.46	INPE 091069866

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie HND
Lot. Municipal Bisc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tél. 0522 914 457

19/03/2024

4903

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 :

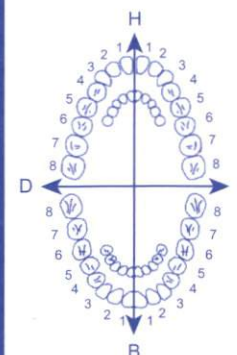
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

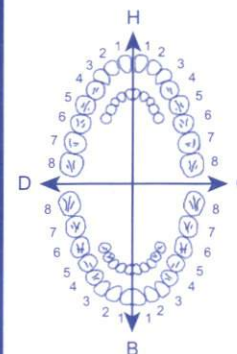
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

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



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

Docteur Saïd GZOULI

دكتور سعيد الغزولي

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف

Casablanca, le : 19 MARS 2024 : الدار البيضاء، في

1. Zidovudine 500

81,30

(S)

1 g/7

PPV: 40 DH 00
PER: 01/27
LOT: N090

2. 40,00

30,00

(S)

3 g/7

3. Fluiviron

(S)

1 (5 x 3)

Pharmacie RIND
Lot. Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tél: 0522 914 457

4. Sedes 20

60,00 x 4

(S)

1 g/7

5. Ferplex

490,30

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buv

PPV 60,00 Dhs

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

الحسني. الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à
Tél. : 05 22.90.70.88: ف

Hassani - Casablanca
366 - IF: 51469500

Fluibron® 0,3%
Ambroxol

30,00

LOT 220195
EXP 09/2024
PPV 99.00DH

Fluibron 0,3%
Ambroxol
30,00
LOT 220195
EXP 09/2024
PPV 99.00DH