

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0017984

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00782 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAITA Mohammed Date de naissance :

Adresse : Rue 301-24 HAY ADIL Casablanca

Tél : 0667048050 Total des frais engagés : 130,00 + 353,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HAITA Chouib Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : S.d. fellel

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 : 09 SEP. 2019

Signature de l'adhérent(e) : Hek

ACCUEIL

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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

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
09/12/14			139	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

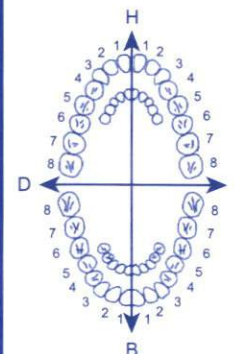
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

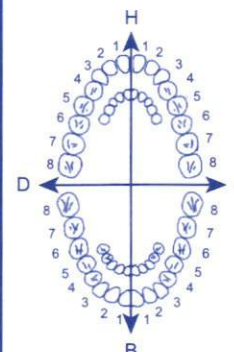
FIN
D'EXECUTION

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 LATIFA RACHIDI DERRI

Déplômée en Echographie de la
Faculté de Montpellier, France

MEDICIN ASSERMENTE PRES DES TRIBUNAUX
MEDECINE GENERALE

10, Bd GRANDE CEINTURE
HAY MOHAMMEDI

CASABLANCA - TEL. : 05 22 60 11 49
AUT N° 4393

الدكتورة لطيفة الراشدي الدريج

مجازة في الفحص بلصدي
جامعة مونبولي بفرنسا

طبيبة محلقة خبيرة لدى المحاكم
طبيبة رئيسية سابقا

الطب العام

10، محج الحزام الكبير - الحي المحمدي

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 60 11 49

Casablanca, le :

29/10/18
168,70 a² Hata Chawail

Augmentée de 100

67,00 1 set KE 8

1000 2 set

1000 2 set

Salifance 1000

1 set KE 1

28.10

Vogalène

PPV: 168.20 DH
LOT: 611233
PER: 10/20

AUGMENTIN 900/625 mg
16 sachets



5 118000 160182

Poids net : 906 g
Net weight : 906 g

981568 670097 3

Biofar 12 vitamines 12 minéraux bte.
PPC : 76,00

Ut Av 05/22 Lot : 9091/2

IPHADERM

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. : 28.10

VOGALÈNE 0,1%
SOLUTION BUVALE 150ML



6 118000 081650

PPV : 14DH40
PER : 208 / 20
LOT : H1795

14.40

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
10 SUPPOSITOIRES



6 118000 040313

Lot / مجموعة : 3287
Fab / صنع : 01/19
EXP. / صلاح لغاية : 01/22
BIOCODEX MAROC PPV : 38.10 DH

ULTRA-LEVURE 250 mg
16 sachets



9 118001 310036

PHARMACIE AL AAMAL AL JADID
10, Boulevard Mohammed VI
Tél: 05 22 60 11 48

Dr. R. CHAHIM DEL KILL
Expert Auprès du Tribunal
Médical de la Région de Casablanca
Tél: 05 22 60 11 48

Biofar

353,70

06 22 60 12 48
06 22 60 12 48
06 22 60 12 48