

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011797

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 19320

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AOUNI Mohcine

Date de naissance : 19 - 11 - 1983

Adresse : Casa GREEN TOWN Villa 535 C6i Sousse

Tél. : 0662 041 321 Total des frais engagés : 509,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS
ACCÉPTION

Date de consultation : 22/09/2019

Nom et prénom du malade : EL AOUNI

Age : 31 ans

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :



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 : 22/09/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE 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
2024	A		400DH	<i>(Handwritten signature over a blue oval stamp)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Handwritten signature over a blue oval stamp)</i>	22/05/19	109,00 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'O.D.F.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

NEOFORTAN® 40 mg

LOT 80051 1
EXP 12/2021
PPV 40DH00

مصحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

El-Sg. int

El Aouni NEDD

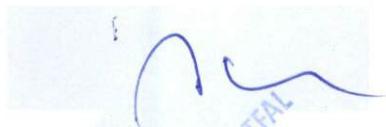
40,00

- Neo Fort 40

S.V.

2 CP x 31,-
Avant

- Neo Fort 40,00
on Bromelase
sans avis Medical



x 3
05,-

CLINIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
50, Bd Abderrahim Bouabid - Casablanca
Dr. LARAKI MERYEM
Pediatre
67, Bd. Mohammed VI - Casablanca
Tél: 05 22 27 98 60

S.V.

29,00

- Neo Fort

109,00

relax Max x 31,-



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Note d'honoraires

Nom et prénom

El Ad . Melodi

Diagnostic

Constat

Intervention

Cotation

Cy

Honoraires

600,00 D.17

Casablanca, le 22.9.15

Signé

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabd
Oasis - CASABLANCA
Tel: 0522.23.18.20 / Fax: 0522.23.50.28

50, Bd. Abderrahim Bouabd (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca
© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028
E-mail : atfalclinique@gmail.com

LOT : 1873
UT.AV : 02 - 21
P.P.V : 29 DH 00

Nauselium®

Dompéridone

Flacon de **200 ml**

1 mg/ml

68x64x145

بیومیلاز®

200 U.CEIP/ml

P 2 V 40 ml

40,00

