

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.

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.

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



MUPRAS
RECEPTION

17/10/2019
ou

Déclaration de Maladie : N° P19- 0017195

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

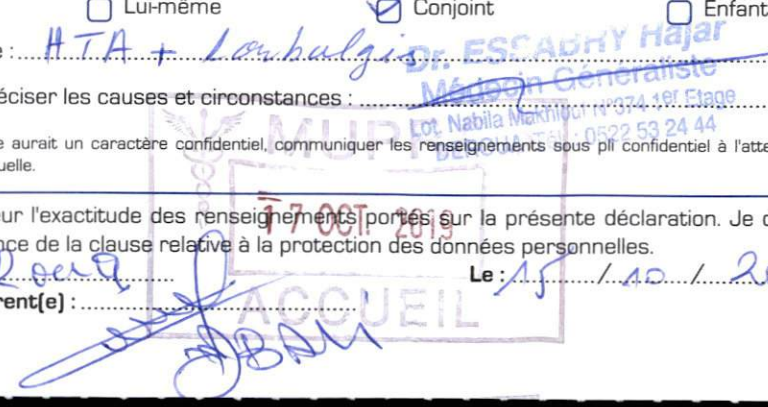
Matricule : 1367 Société : P A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABALI Abdenebi Date de naissance : 1952
Adresse : Meme adresse
Tél. : 0661863867 Total des frais engagés : 74720 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/10/2019
Nom et prénom du malade : Aicha Karmoussi Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + Lombalgie
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 : 17/10/2019 Le : 17/10/2019
Signature de l'adhérent(e) :



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
19/09/2019	Consulte		120 d.t.	Dr. ES. IBRY Hajaj Médecin Généraliste Lot. Nabila Makhoul N°374 1er Etage DEROUA Tél. : 0522 53 24 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BOUJELLOUN Km. 94 Lot. Nait N° 4 Tél. 05 22 51 47 07	19-09-19	627,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

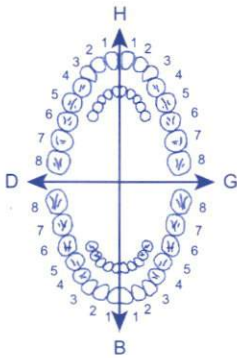
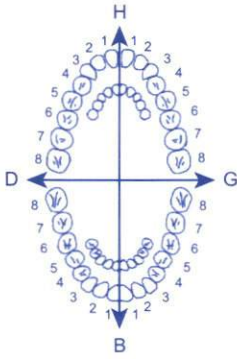
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[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'EXEC

Dr. ESSABRY Hajar

MEDECINE GENERALE

Suivi de Grossesse et Diabète

ECHOGRAPHIE

الدروة في : 19/09/2019
Deroua, le

الدكتورة الصبري هاجر

الطب العام

متابعة الحمل و أمراض السكري

الفحص بالصدى

Aicha Karmoussi

79.90

1) Kalmagas



1 cp 2/5 2h après repas.

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. S. BENFELLOUN
Lot. N° 374
Tél. 05 22 51 41 00

88.00

PHARMACIE
r. Saad BEN
Lot. N° 374, Lot. Nait N
Tél. 05 22 51 41 00

2) Entec 10



1/5 dose pldt 10 s

3) Carden Sial



2,5 mg

1/2 - 0 - 1/2

pldt 3 min

84.80 x 3

Prezur 50



Dr. ESSABRY Hajar
Médecin Généraliste
Lot. Nabila Makhlouf n°374 1er Etage
DEROUA Tél. : 0522 53 24 44

1/5 dose pldt 3 min

46.70



1/5 dose pldt 6 s

374, تجزئة نبيلة مخلوف, الطابق الأول الدروة, الهاتف : 0522 53 24 44

374, Lot Nabila Makhlouf - 1er Etage Deroua - Tél. : 0522 53 24 44

49,80

6) Artflex par de

687,80 rapp + 315



Dr. ESSABRI Hajar
Médecin Généraliste
Lot. Nabila Makrouh - 44 1er Etage
DEROUA Tél: 0522 53 24 44

PHARMACIE REGIONALE
Saad BENJELLOUN
Tél: 0522 53 24 44

84,80

PPV: 84DH80

PER: 02/22

LOT: I359

84,80

PPV: 84DH80

PER: 02/22

LOT: I1317

84,80

PPV: 84DH80

PER: 05/22

LOT: I1317



Lot: 190363

A consommer de

préférence avant le: 06/2024

PPC: 79,90 DH



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

LOT 1324

UT AV 04 20

PPV 46,00 DH

1184/FC7
06/2022 PPC 49,80

Tube de 50g

88,00

PPV: 88DH00

PER: 03/22

LOT: 1745-1

