

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.

Educational :

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0039942

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2949 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUAKKI L'Houssene
Date de naissance : 12/01/1979
Adresse : EL BACH
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 23/10/2019
Nom et prénom du malade : NE SACHA OUAKKI Age : 40 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Double Hypertension
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 : 14/5/2019 Le : 23/10/2019
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE LA PALMIERES</p> <p>Mme Meryem Mezouza</p> <p>Rés. Ennakhloul 25 Mag 2</p> <p>El Qods Sidra - Jussi Cas</p> <p>Tél.: 05 22 55 59 93</p>	23.10.19	488,90

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

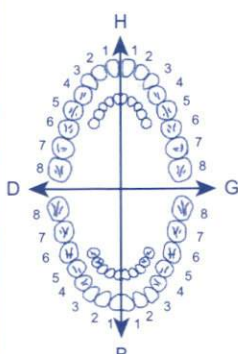
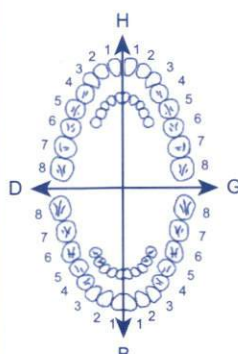
[illegible]

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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'EXECUTION

87

Dr. Souad OUZIT

Médecine générale

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier
En Diététique et Diabétologie

m²
2949

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولى

على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le : 23 octobre 2019

Mme ELBEZZAZ SEMALI EP OUAKKI Lalla Saadia

78,70 + 44,70

1/ DIAMICRON 60

1CP MATIN

107,60 x 2

2/ STAGID 700

134,00 x 3

0.1.1

3/ LEVOTHYROX 50

1CP

680 x 2

4/ LEVOTHYROX 25

1+1/2CP

49,60

5/ D CURE FORTE 100.000

1 AMP /1MOIS

Traitement pendant : 3 Mois

ACTICARBINE 42 CPS

46,90

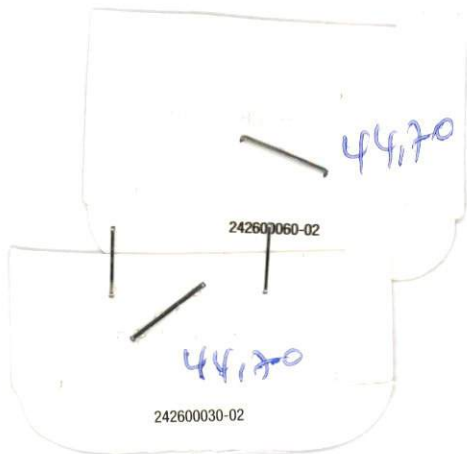
1 CPX, 3 fois par jour

T = 488,90

Rendez vous le :

373 شارع صهيب الرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوصي / أبيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72
373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III - Bernoussi - Casa - Tél.: 05 22 73 72 72

T.S.K.P.



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

7862160336

LOT 191444
 EXP 07 2014
 PPV 107,60

LOT 191444
 EXP 06 2022
 PPV 107,60

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
 PPV 46,90 DH SOTHEMA



001 070015

49,60
 PPV: 49,60 DH
 LOT: 19E15/B
 EXP: 05/2022

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

7862160335