

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.

Maladie :

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° P19-0046858

Dos n° 10574

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7312 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HATIAH Mohamed

Date de naissance : 1998 2004

Adresse : 1144 WAFIGN N° 63 Rue RAFAH Berrechid

Tél. : 06 55 21 85 72 Total des frais engagés : 750,204 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : ESSOUBI Abderrahim
Omnipraticien
128, Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

Date de consultation : 23 SEP 2019

Nom et prénom du malade : HATIAH FATIMA ZAHRA Age: 15

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

Nature de la maladie : Aiguë - Rume et D.

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 : 23 SEP 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
23 SEP. 2019	C	1	159,12	Dr ESSOUBI Abderrahmane Omnipraticien 128, Bd Mohamed V, Serrachid Tél: 05 22 33 75 70 06 50 43 56 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Essoubi Abderrahmane 128, Bd Mohamed V, Serrachid Tél: 05 22 33 75 70 06 50 43 56 34	23/10/2019	600,70 D.T.

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

الدكتور عبد الرحيم السويدي

الطبيب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 23 SEP. 2019

Fds : 62

A : 5

$$20,90 \times 18 = 376,20$$
$$40,50 \times 3 = 121,50$$

57-

Vitamin D's Bone
+ ABS 1/5 T
+ 3 min.
+ 1 min.
+ 1 min.
APPROX 80
1 up 15 min
off eye + 3 min
- Diagnose 500
1 - 0 - 4
- he sang her to help.

57,00

DICYNONE 500MG B20
AMM N° 41 DMP/21/AO



6 118000 010425

LOT : 0237

PER : 06 2022

PPV : 46.00DH

STIMOL

20 ampoules buvables
de 10 ml



6 118000 370017

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH