

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.



Radiologie 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 338 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : *Jeune*

Nom & Prénom : AFIF Fatma

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/10/2022

Nom et prénom du malade : AFIF fatma Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M20-01043

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/10/22	Cstt. E.C		300,00	<p>الدكتورة نجوى يامل</p> <p>اختصاصية في أمراض النساء والتوليد</p> <p>العنوان: 14 شارع محمد السادس - الدار البيضاء</p> <p>الموبايل: 06 13 02 82 44 - 05 22 69 00 25</p> <p>GSMS: 06 13 02 82 44 - 05 22 69 00 25</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Ahmed RAHMAN</i> Dr. Ahmed RAHMAN Hay Raha, Raja Bis Batastur 22/94/99 21/05/22/22/34	14/10/22	3200, 30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

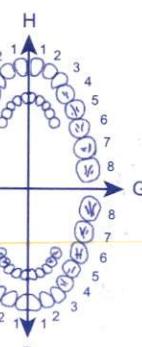
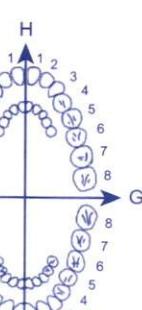
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

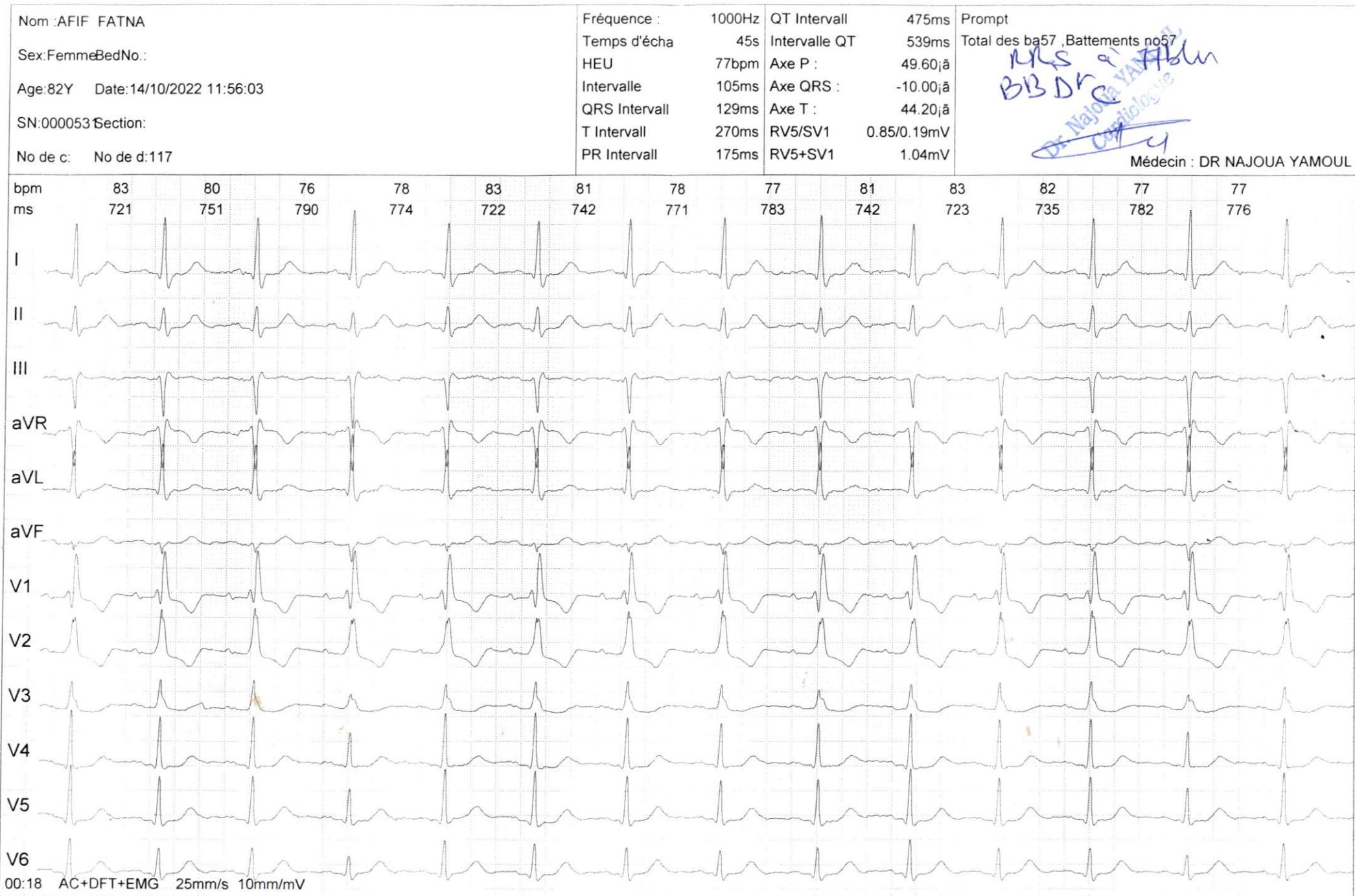
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/N
P.P.V: 437,00 DH.

49,40

49,40

49,40

LOT : 090
PER : AVR 2025
PPV : 148 DH 00

LOT : 090
PER : AVR 2025
PPV : 148 DH 00

LOT : 090
PER : AVR 2025
PPV : 148 DH 00

une interne au CHU Ibn Rochd
échographie
de l'Université Victor Segalen
Bordeaux (France)
imme - Echocardiographie doppler
rythmique et tensionnel
Epreuve d'effort

بة سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)
لـ القلب - فحص القلب بالصدى
ستمر لدقائق القلب والضغط الدموي
اختبار الجهد

Casablanca le :

14/05/2022

AFIF

201,00 - Daflam 100

52,40 - smecta sachet

148,00 x 3 - Anginib 100

49,70 x 3 - Ameps

21,80 x 5 - Aspegic 100

437,00 x 3 - Janum et 50000

54,30 - Drimicron 30

84,00

116,00 - Saphin 10

32,60 - Mexol

118,00 - Flexolist

96,00 x 2 - zel 2x

6,80 - Levothyrox 50

43,00 - Daflam 100

0522 690 025

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/N
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/N
P.P.V: 437,00 DH.

89,100

54,30

Dr. Ahmed
Hay Raha
Bis-Bis
0522 949 346

SMECTA ORANGE VANILLE
36 SACHET B30

P.P.V : 52DH40
6 118000 0211460

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061117

Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:150,00 DH
6 118001 140336

Compresse Sédatives 25 mg
LEVOTHYROX 25 mg
118001 102006
P.P.V: 6,80 DH
7862160305
2ème étage
place de A. Yamoul@gmai.com

548
الحادي عشر، شارع
Ain El Aouda - Casablanca
yamoul@gmai.com

- Locapred

- Novex a 4

347,-

HTP de 3 mois

3200,30

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G
P.P.V : 160H60
6 118000 010951
PER.09/2003 - 21/03/04
J post 7 gr

LOT	221092	1
EXP	04	2024
P.P.V	347,0000	H

347,00

DR. AHMED O'HAFERI
HARMADE HIFSA