

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALIC :

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-523266

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5056 Société : 136757

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre


Nom & Prénom : ERROUKH FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066389617 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Fatima Erroukh Age:

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

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent :

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
27/10/22		1	8000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PARADIS CASIA Dr. BOUSTANE ZAKIA Bloc L - N°8 Dar Lamane Hay Mohammadi - Casablanca Tél : 05 22 80 80 77	27/10/22	7670

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

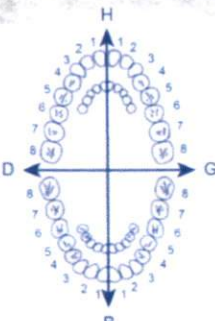

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

					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>35523411</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		35523411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	H																										
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	D		G																								
00000000	00000000																										
35523411	11433553																										
B																											
			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

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Centre Hospitalier Préfectoral
Ain Sebaâ - Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V
Casablanca

Quittance

N° 642061 /B

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
a		
Total		

Cachet du
Service

Le 202

Signature du
Régisseur

FACTURE CONSULTATION

Code ANAM : 090005299

N° Compte Courant : 2140

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AIN SEBAA-HAY MOHAMMADI

N°Facture : 81348

Identification	Débiteur
Index Patient : 14112003-01-434926	PAYANT
Nom et Prénom : ERROUKH FATIMA	
CIN :	
Adresse : HM	
N° Consultation : 84801	FACTURE IMPAYÉ
Médecin :	Date :
Sur prescription du : Dr. MOUHTASSIM TAOUFIK	Date de prise de rendez vous :
Spécialité: MÉDECINE GÉNÉRALE	Date de consultation : 27/10/2022 14:59:17
Type de consultation : CONSULTATION	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	

Montant Consultation : 40.00DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DIRHAM(S)

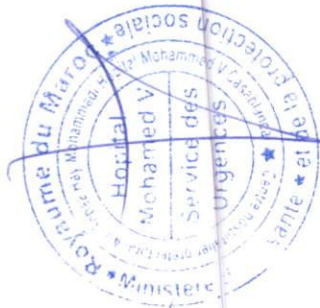
27/10/2022 14:59:17

Facture Etablie Par Personnel N° : 103

Signature du responsable :

Karim Boussin Fares

-Dicho inj



31/1 = Diclo 30. 
1 box 2  pout 5j.

4530 - Ventoline spray
2 bouffées x 2 / j

7640

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Region de Rabat

mat
tissr

LOT : 1271
PER : 07-25
P.P.V : 31 DH 10



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

PHARMACIE DU PARADIS CASA
Dr. BOUSTANE ZAKIA
Bloc L - 100 Der Lamine
Hay Mohammadi - Casa
Tél : 05 22 60 80 71

