

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

- Réclamation : 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° P19- 066079

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2023 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Zeroual Abderrahim
 Date de naissance : 15/10/1955 MUPRAS RECEPTION 9
 Adresse : même adresse
 Tél. : 0674034338 Total des frais engagés : 1020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/2022
 Nom et prénom du malade : Zeroual Abderrahim Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Agartem Astenli AS
 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 : 04/11/2022
 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
04.11.2022	US		0,7 raté	<i>[Signature]</i>

Centre d'Hémodialyse
OULED HRIG
 Spécialiste en Néphrologie - Traitements
 25 Lotissement Sultan Maz - Boudouaïse
 Gsm: 0662 61 92 51 Fax: 0522 53 40 4 -
 Tel: 0522 32 68 51 INPE: 060061793

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	04.11.22	1021,0

PHARMACIE
 244 Lotissement el wafiq
 Deroua
 Fix: 05 22 53 20 5

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 :

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

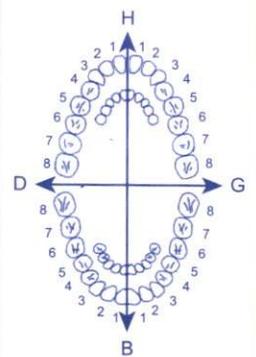
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز أمراض الكلي و تصفية الدم أولاد حريز

CENTRE DE NEPHROLOGIE HEMODIALYSE OULED HRIZ

Dr. Amal AYAD

Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
إختصاصية في أمراض الكلي
و تصفية الدم

Berrechid Le :

2011/11/20

Dr. Z. EL ROUAL :

Abolena

3 x 98,10

Co Syrel 1/1

Sept 10

28.00

No-act cp. 100

Sept 10

3 x 27.00

Anglor long

Sept 10

3 x 155,00
PHARMACIE EL OUMMOU
24, Lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

LD - NOR 400

Sept 10

Centre d'Hémodialyse
OULED HRIZ
Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid
Gsm : 0662 61 62 51
Tél : 0522 32 88 51 Fax : 0522 53 40 43
INPE 060061793

1000

III de 03 Mois

14011057

6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057
6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057
6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

PPV: 77DH00
PER: 06/24
LOT: L2035

PPV: 77DH00
PER: 10/23
LOT: K2936

PPV: 77DH00
PER: 10/23
LOT: K2937

LOT : 220403
EXP : 03/2025
PPV : 155,90 DH

LOT : 221032
EXP : 07/2025
PPV : 155,90 DH

LOT : 211387
EXP : 09/2024
PPV : 155,90 DH

NO - OOL CODEINE
CP 820
P.P.V : 28DH00
LOT : 222003
PER : 03/2027