

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 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060603

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 817 Société : Ram
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Benachra Mohamed
 Date de naissance : 6/8/43
 Adresse : 44 rue Salah Benkhrouja
 Tél. : 0606166650 Total des frais engagés : 440,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Hôpital Universitaire de Rabat, Service de Cardiologie, Dr. ASSISIA ELGHARAB, 190100903]
 Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : x Pathologie valvulaire (Sténose Aortique)
 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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/10/2022	440.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

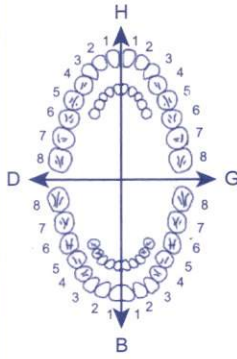
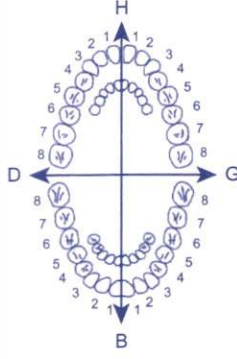
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	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



211027074440BE

11 octobre 2022

Mme BENOUHOUD MARIA

1/ ANCINE 50MG 1cp /jour

2/ SINTROM 3/4cp/jour

3/ CARDENSIEL 5 MG CP 1/2 cp par jour

4/ OEDES 20 MG GELULE 1 gel 1/4Heure avant repas

traitement de 3 mois

PHARMACIE OULED SALEH
Dr. Mouna MAALAOUI
C.R Ouled Saleh, Douar Lahouenoura
par Bouskoura - Tél:05 22 59 02 75



090063728

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



6 118000 141112

LOT : 405
PER : 05/23
PPV : 64,00 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



6 118000 141112

LOT : 407
PER : 12/23
PPV : 64,00 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



3 118000 141112

LOT : 404
PER : 05/23
PPV : 64,00 DH

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV 20.00 DH
LOT E221 PER 10/24

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187


PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30



6 118001 100873
7862160239
PPV: 58,10 DH

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30



6 118001 100859
7862160246
PPV: 50,70 DHS