

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 072792

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2104 Société : 145144

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rayouni Hakima

Date de naissance : 25.7.1966

Adresse : Lot et Inda moune Rue 21 Mb 75, appart. 6

Tél. : 08.80.28.85 Total des frais engagés : 150 + 489 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ELQUIZI Aicha
Diabetologue
Hay El Oulla, Bd. Oum Rabie
N° Firdaouss GH 1B - Im. T12 - App. 1
Casablanca - Tél. : 05 22 93 19 86

Date de consultation : 28.11.2022 28.7.1966

Nom et prénom du malade : RAYOUNI HAKIMA Age :

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

Nature de la maladie : Pharyngite + Dermite tox + Goutte

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) :

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
28/11/22	C	1	152,00	Dr. ELLOUZI Aicha Diabétologue May El Oued - 100m Rabie A: Fhdouss GH 1B - Imm T12 - Appt 1 Casablanca - Tel: 05 22 93 89 86

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR AL HOUDA 55 LOT YASSINE LISSASFA CASABLANCA	28/11/2022	689,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

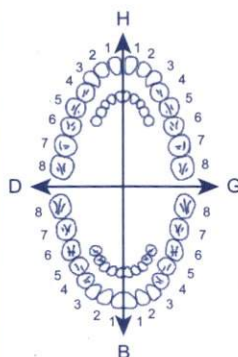
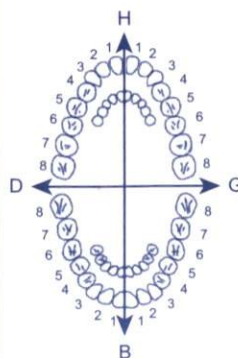
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Aïcha ELOUIZI

الدكتورة عائشة الويزي

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Rabat

Diplômée en Diabétologie

de La Faculté de Médecine de Montpellier
de France

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم أمراض السكري

من كلية الطب بمونبوليه بفرنسا

Casablanca, le 28 11

Nom du Malade 17^{me} RAYON

124,00

124,00 + 93,00

1/ SOCLAV 1g/200ml
1 sachet x 24 x 19

93,00

58,40 2/ Effipred 20mg
2cp le matin

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 10/2024
LOT 19016 3

13,20 3/ CETAMYL 1000mg
24

CETAMYL® 4000 mg
Paracetamol
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH
6 118000 191438

118,50 4/ 20 mg
1 cp

IKOR® 20 mg

PPV 118DH50 EXP 09/2023
LOT 18022 3

32,50 5/ Di Noème
24

49,90 6/ Suprimase 150
1 gélule / 8h x 12

LOT: 456
PER: OCT 2021
PPV: 32 DH 50

Dr. ELOUIZI Aïcha
Diabète
May El Oulfa,
Al Firdaouss GH 1
Casablanca - T12

150 mg
2 gélules
Voie Orale
LOT: 180041 EXP: 09/21
PPV: 49DH90

ألoulfa، شارع أم الربيع - الفردوس عمارة T12 - شقة رقم 1 B1 GH 1 - الدار البيضاء

ELOULFA, Bd Oum Rabie - Al Firdaouss GH 1B - Imm T12 - Appt 1 - Casablanca

Tél. : 022.93.89.06 : الهاتف / Autorisation : 10062 / 91