

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

- 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

M22- 0027198

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHARBOUCH EL MOSTAFA

Date de naissance : 26/11/1956

Adresse : habitude

Tél. : 06 76 78 66 05 Total des frais engagés : 150 + 1337,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Loubna BERRADA
Médecin Généraliste
Imm. C32 R46, Al Firdaous
H.M. Casablanca
Tél. 05 22 90 56 25

Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : KHARBOUCH EL MOSTAFA

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

Nature de la maladie : Diabète Bronchite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 23/03/2023

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

21
03
2023 CS 150 DH

Dr. Loubna BERRADA
Médecin Généraliste
Imm. C32 Rés. Al Fidaous
H.H. Casablanca
Tél. 05 22 90 56 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

21/03/23 1337,70

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

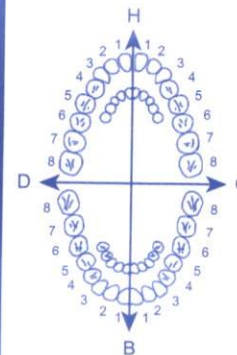
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie

Pédiatrie

Diplômée de l'université
de médecine de CRIMEE



لبنى

Casablanca, le :

21/08/2022

Patient (e) :

KHARBOUCHE

68,80x3

2 ADAREL 4m (300ts)

139,00x6

1cp/1cm

2 Acedk. (60ts)

79,70x2

2 AZI' 5003 (20ts)

18', 1cm

81,40

1/28 pdt(06)

2 Orit 203

30,80

1cp/1cm

2 TRIPROSTAT sup 120

22,70

1cc 5 200

2 Bpucten

133770

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Ain sebaa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

PPV | 79 DH 70
PER | 12 / 25
LOT | L2600

PPV | 79 DH 70
PER | 07 / 25
LOT | L2600

LOT | 3326
PER | 09-25
P.P.V | 81 DH 40

LOT | 9641
PER | 06-27
P.P.V | 30 DH 80

LOT :
PER :
PPV : 22,70

PPC:139.50 Dhs

PPC:139.50 Dhs

PPC:139.50 Dhs

PPC:139.50 Dhs

PPC:139.50 Dhs

PPC:139.50 Dhs

Client : KHARBOUCHE EL MOSTAFA

FACTURE N° : 4984 du 21/03/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	AMAREL 4MG /30CPS	68,80	206,40	0%
6	ACCU-CHEK 25BANDELLETT	139,50	837,00	20%
2	AZIX 500MG /3CPS	79,70	159,40	7%
1	OMIZ 20MG /28 GELULES	81,40	81,40	7%
1	TRIMEDAT SP	30,80	30,80	7%
1	BAYCUTENE CREME 15 GRAMME	22,70	22,70	7%

Total TTC 1 337,70

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
MILLE TROIS CENT TRENTE SEPT DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	206,40	0,00	206,40
20.00%	20,00	697,50	139,50	837,00
7.00%	7,00	275,05	19,25	294,30
		1 178,95	158,75	1 337,70

