

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0051108

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02312 Société : 170145
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOKHATAR NAJIB
 Date de naissance : 06/10/1952
 Adresse : RES. AL FAJR IMM. E N° 3 Avenue Imam CHAFI, HAY AL Qods 20610 BERNOUSSE, CASABLANCA
 Tél. : 0663036911 Total des frais engagés : 1558.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ANWAR IBRAHIM Age : 67

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

Nature de la maladie : Diabète + Affection Rhumatisme

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 : 28/07/2023

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
2007-12-30			250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FOUARAT Dr El Jamali Mohammed 23, Bd Al Fouarat Hay A. Dods G.C. El Dods 2 Sidi Bernoussi Casablanca Tel 0522766063	28/01/08	1308,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

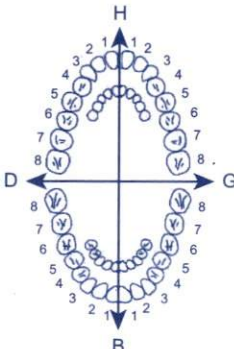
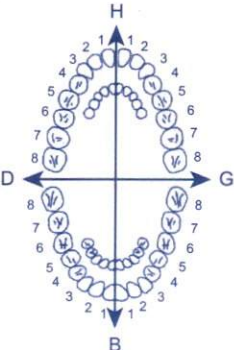
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Dr Bouchra ALAOUÏ EL HASSANI

Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste

الدكتورة بشرى العلوي الحسني

أخصائية في أمراض الغدد والسكري والتغذية

Casablanca, le 28/07/2023

Mme ANWAR IDRISSE Nezha

28.20 x3

DIAMICRON 60MG

2cp le matin à jeun, pendant 3 mois

48.20 x2

JANUMET 50/1000

1cp à midi au milieu du repas, pendant 3 mois

24.40 x3

LEVOTHYROX 100UG

1cp le matin à jeun, pendant 3 mois

6.80 x3

LEVOTHYROX 25UG

1/4cp le matin à jeun, pendant 3 mois

105.10 Vigem for
potassium

T1 1309,60

PHARMACIE FOUARAT
Dr El Jamali Mohammed 'aoufik
Dr El Fouarat Hay A Dods
23 Bd Al Fouarat 2 Sidi Bernoussi
C.C El Dods Tel 05227786063
Casablanca

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

LOT N°:

UT. AV:

PPC (DH):

22163

01/25

105,00

الزفراف، إقامة الريان 2

هاتف: 05 22 74 76 28 - 05 22 74 73 00

الهاتف: 05 22 74 73 00 - 05 22 74 76 28

Casablanca Ahi Lghiem, Bd. Mohamed Zetraf
Résidence Arrayane 2, Imm. 2, 3ème Etage, N°49
en face de Maroc Telecom, Annasi
Fixe: 05 22 74 76 28 - 05 22 74 73 00

7870

7870

7870

DIAMICRON 8000

LEVOTHYROX 2500

LEVOTHYROX 2500