

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° W21-815591

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN
 Date de naissance : 25/06/1959 à CASABLANCA
 Adresse : Residence L'Yasmine A Lot 129 Kharroub 2
CASABLANCA
 Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 578,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : BOUTIBA HASSAN Age : 64

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

Nature de la maladie :

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 : 24/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date Montant de la Facture
	24/08/2023 L. 18,00 DH
	INPE 092001197

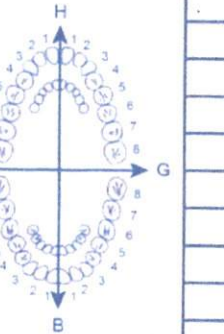
[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="height: 1px;"></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p> </div> <div style="width: 10%; font-size: 2em; vertical-align: middle;">G</div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000			00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

24/08/2023

M. BOUTIBA HASSAN

la sus com 15 ml



418,00^{DH}

Pharmacie ABDO ZAID
S.A.N.I.
Rue 36. N°04. Massira 2. Bournazel
Casablanca
Tel: 0522 70 22 84 - Fax: 0522 71 30 79

Total 418,00^{DH}

Radiologie LA WILAYA
2, Rue d'Agadir Angle Bd Hassan II
Tél: 0522 49 73 73 - Casablanca

INPE
092001197

Boîte de 1 flacon de 15 mL

A usage unique.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Lire la notice avant utilisation.

Reporter le nom du produit, le numéro du lot et la dose administrée dans le dossier du patient.

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Distribué par
CYCLOPHARMA lot 84,
Z.I. Ouled Saleh
Bouskoura-Nouaceur

N° AMM: 162/19/DMP/21/

GE Healthcare



Clariscan™
acide gadotérique

0.5

mmol/mL

Solution injectable

1 x 15 mL

**Produit de contraste
pour l'IRM
Administration
par voie intraveineuse**

Titulaire/Exploitant:
GE Healthcare AS
Nycoveien 1
0485 Oslo, Norvège

Clariscan™ 0.5 mmol/mL
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg d'acide gadotérique, équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg d'acide gadotérique (sous forme de sel de méglumine), équivalent à 7,5 mmol.

Excipients : Méglumine, tetroxetan (DOTA), eau P.P.I.

7  037960 644169

EXP : 05 - 2024

Lot n° : 16054179

1199457 MAR

