

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° M20- 0002772

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9626 Société : LARAM Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : MAHIA MUSTAPHA 19.8874
Date de naissance : 15-06-1951
Adresse : LOT AL AMAN RUE 10 NR 29 MCASA
Tél. : 06.60.99.35.11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Dr. Abdellatif ROUAYED PNEUMOLOGUE 6, rue 55 Anni IV - Casablanca Bernoussi - Tél. 0522 73 44 12
Date de consultation : 12 MARS 2024
Nom et prénom du malade : Mr. Mahia Mustapha Age : 72 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Respiratoire
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) :

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
12/03/2024	Consultation	1	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/03/2024	1112,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

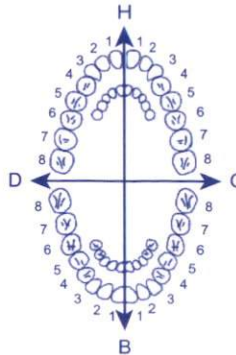
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux.

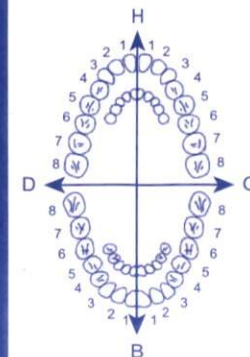
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFF MASTICATOIRE

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

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET

PPV: 197 DH 90
Médicament autorisé N° 163/16 DA
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

COEFFICIENT DES TR
MONTANT DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION
FIN

NOVARTIS
PPV : 676,00 DH

ULTIBRO®BREEZHALER®
110 µg/50 µg
Poudre pour inhalation
en gélule. Boite de 30.
6 118001 031481

N° lot :
EXP : 03/26 23131
PPV Dhs :
PPV 70,20

EVOX® 500mg
Levofloxacin
5 Comprimés pelliculés sécables
6 118000 340478

DOCTEUR Abdellatif ROUAYED

Spécialiste en Pneumo-phtisiologie
Diplômé de l'Université de Paris

Asthme - Tuberculose et Allergies
Respiratoires

Radiographie - Endoscopie - E.F.R



الدكتور محمد اللطيف رويض

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
خريج جامعة باريس

الضيق و الحساسية - داء السل

فحص بالأشعة - فحص بالمنظار

فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : : الدار البيضاء في

12.03.2024

Mr MAHLA Mustapha

1 BRONCOTEC GELULE À INHALER:B/60

- 1 gelule à inhaler 2x /jour, matin et soir, en traitement continu .

2 ULTIBRO BREEZHALER

- 1 gelule à inhaler /jour , le matin

3 DEFLAZACORTE GT 30MG :B/20

- 3 cp /jour, le matin après repas pendant 6 jours, avec régime peu sale.

4 EVOX 500MG CP : B/5

- 1 cp /jour ,après repas.

Dr Abdellatif ROUAYED

6 زنقة 55 أمّل 4 سيدي البرنوصي الدار البيضاء الهاتف : 05 22 73 44 12

6 Rue 55 - Amal 4 - Bernoussi - casablanca - Tél : 05 22 73 44 12 - INPE : 09 112 10 12