

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M22- 0034781

201515

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4313 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAABI Abdelmojid
Date de naissance : 03-04-1956
Adresse : 6 RUE ABDOUMAR ELHARIT
Résidence WALILI 12 Casa
Tél. : 05 22 80 72 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ilham CHAABI
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdelham Khattabi
Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 05/04/2024
Nom et prénom du malade : BENAIM Najat Age : 1967
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète HTA - rhino, laryngite
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 : 08/04/2024

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
05-04-2024	1C	1	2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/4/24	899,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

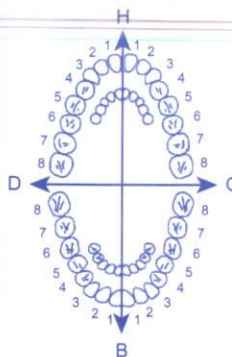
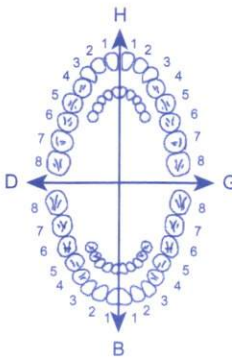
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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



Ordonnance

M. BENAIM Najat
Casablanca, le 05/04/2024

- 17,00 x 9
Diazepam 850 9
 - 151,63 x 3
Sial 80 15 3 mois
 - 46,90 x 5
Amoxicil 80 5/06
 - 21,00 x 5
Febre 7 5
 - 27,70 x 3
Car Aichipina 103
 - 82,10 x 3
Inexil 80 9
- 3, Rue Abdesslam El Khatabi, Av. 2 Mars 1 Etage N° 2 - Casablanca
الهاتف : 06 61 46 84 49 / المستعجلات : Tél : 05 22 28 34 52
زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

PPV: 13DH00
PER: 08/26
LOT: M2731

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés
6 118000 041276

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

PER: 08/26
LOT: M2726

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

Diaformine® 850 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PPV: 18DH00
PER: 04/26
LOT: M4136

6 118000 041276

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4129

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21190 P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

151,60

151,60

151,60

PPV: 96,90 DH/H
LOT: 653234
PER: 06/25

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072379

6 118000 072379

6 118000 072379

AMOXIL 1g
24 comprimés dispersibles

6 118000 160045

LOT : 5548
UT.AV : 07-26
PPV : 21DH00
PHARMED

FEBREX Malte
6 118000 310624

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280