

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

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° P19- 0039970

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0743

Société : MUPRAS

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GAMH N. LOUD

Date de naissance : 1/7-1939

Adresse : Cte INARA 1 rue 33 No 9 CASA

Tél. : 05 22 210793

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2019

Nom et prénom du malade : M. M. Gamh N. Loud Age : 1939

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Neuropathie

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 : 11/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
11/12/19	Diagnostique	1	150,00 DH	
	75 mg / 3ml	1	50,00 DH	
	Diagnostique	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



17/12/19

595,80

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

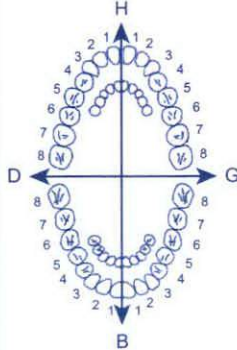
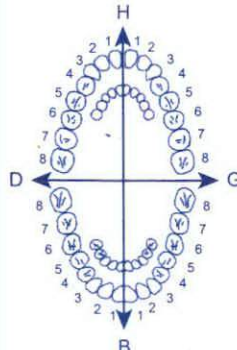
AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				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

Docteur Bouchaïb DYANI
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
ELECTROCARDIOGRAMME
CIRCONCISION

Bd Dakhla Résidence Espace Chrifa
Imm. A - Appt. 2 - 1er étage.
Hay Chrifa - Ain Chok - Casablanca
Tél. : 05 22 50 70 22 - GSM : 06 61 95 72 88

E-mail : dr.dyani@gmail.com

الدكتور بوشعيب الدياني 0743 743 0743
الطب العام - الفحص بالصدى G.A.M.H
تخطيط القلب - ختانة الأطفال

شارع الداخلة - إقامة فضاء الشريفة عبارة A - الشقة رقم 2
الطابق الاول - حي الشريفة - عين الشق - الدار البيضاء
القائفة : 05 22 50 70 22 - المحمول : 06 61 95 72 88

Casablanca, le 11/12/19 الدار البيضاء في

& Prenom :

LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

LOT AV ARTINOV
04/2022 P.P.C
LOT:AR06 149DH

red 20 mg

1 g étale ! au aut

2 g étale ! 1 mois

Ar timov

2 g étale ! 3 mois

LOT:198038 EXP:09/23
PPV:194DH60

apoxose 35 mg

1 g étale ! 1 semaine

3 mois

1 g étale ! 20 mg

1 g étale ! 1 g

1 ms 1 cp 1/2 rdt 1/2 g

1 ms 1 cp 1/2 rdt 1/2 g

KALIEFF
PPN 28DH40
EXP 05/2023
LOT 95018 2

1/2 cp 1/2

28/40 Kalieff
up x 2 1/2

5 1 mois

5

6. Mefsal 15 mg

79,00

up 1 - après 1 mois

595,80

Docteur Bouchaïb DYANI
Médecine Générale
Bd Dakhla Résidence Espace
Chrifa, Im. A - Appt. 2^{ème} étage
Hay Chrifa-Atp Chok-Casablanca
TEL 022 59 70 22 GSM 061 94 72 88

Pharmacie Mousaine
Mousaine Lait
Dr en Pharmacie
Tél: 21 21 21
33 Av. du 2 Mars - Inara I - Cas