

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

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- 046990

ND: 330 330 31

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3150 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M^{me} CHENNA BEN ZEROUALA FARIDA
Date de naissance :
Adresse : 43 Rue ABOU EL ABAS EL AZFI MAARIF EL
Tél. : 05 22 25 12 89 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rajaâ BENNIS
Professeur de Rhumatologie
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. : 05 22 20 49 49

Date de consultation : 01 / 07 / 2020
Nom et prénom du malade : M^{me} CHENNA BEN ZEROUALA FARIDA Age :

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

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
01/07/2020	Se		GR	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Madame BAKAL FATIMA</p> <p>Pharmacie - Maarif</p> <p>Rue Souk - 0522 25 22 09</p> <p>Casablanca</p>	01/07/20	1150,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Madame BAKAL FATIMA</p> <p>Pharmacie - Maarif</p> <p>Rue Souk - 0522 25 22 09</p> <p>Casablanca</p>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

5/140,00
 89,50
 C/ magnemar 300
 15/10/22

(S.V.)
 A.D.
 (S.V.)

Dr. R. Abdoulmoumou
 76, Bd. Abdelmoumou
 Casablanca - Tél. 0522 25 22 09

1130,10
 Hôpital Fatima
 Pharmacie Achraf
 Rue Souk - Maarif
 Casablanca - Tél. 0522 25 22 09

~~Hôpital Fatima~~
~~Pharmacie Achraf~~
~~Rue Souk - Maarif~~
~~Casablanca - Tél. 0522 25 22 09~~

PPV: 49,60 DH
 LOT: 20006
 EXP: 04/2023
 PPV: 49,60 DH
 LOT: 20006
 EXP: 04/2023

PPV (DH) : LOT N° : UT.AV. :
 LOT: 191564
 PER: 04-2022
 PPV: 140,00 DH

LOT 200758
 EXP 04 2025
 PPV 19 00
 19,00
 EXP 02 2024
 PPV 19 00
 19,00
 19,00

LOT 200758
 EXP 04 2025
 PPV 19 00
 19,00
 EXP 04 2025
 PPV 19 00
 19,00

MAGNEMAR®
 300 mg
 B6
 Lot: A consommer de préférence avant le:
 PPC: 89,50 DH
 LOT 19.343
 12/2022

42,20
 42,20

6118001160471
Fosavance 5600 UI
 4 comprimés
 DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
 P.P.V: 193,60 DH
 6118001160471
Fosavance 5600 UI
 4 comprimés
 DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
 P.P.V: 193,60 DH