

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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° P19- 0040331

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000895 Société : 33922

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2.1 \$ 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1.2 FFV 2020

Nom et prénom du malade : Bouabou Laïbi Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection cardiaque

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 FEV 2020	C	1	1.500,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/21/20	760,00

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Dr H. AZIOUIZ
MEDICINE GÉNÉRALE
 Diplômé de la Faculté de Médecine
 & de Pharmacie de Casablanca
MÉDECINE DU TRAVAIL
& D'ERGONOMIE
 Diplômé de l'université de Rennes 1
 France



الدكتور ح. عزيويز
 الطب العام
 خريج كلية الطب والصيدلة - الدار البيضاء
 طب الشغل وبيئة العمل
 خريج جامعة رين 1 - فرنسا

زمامرة، في: 12 FEB 2020 Zemamra, le:

7780
 1 x 3

Abou-ouLAM lami

caudential - 12

4200
 13 x 1

Glucose 500/212

76,50
 3 x 31

URAPAX 2

8070
 3 x 3

Kandyc M.

x 4)

Ma 20 (x 28)

7500

760100

Pharmacie EL FARABI
 Dr SABIR TARK
 390, Lot. Nanda - Zemamra
 Tel: 05.23.35.64.02

DR H. AZIOUIZ
 Médecine Générale
 Médecine du Travail et d'Ergonomie
 390, Av. Zerketouni Hay Ennahda Khemis Zemamra
 Tel: 05.23.34.66.19

6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

7862160237

6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

7862160237

6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

7862160237

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00

6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00

6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00

6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

LOT : 19E004
PER.: 04 2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 19E004
PER.: 04 2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 19E004
PER.: 04 2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT: 080
PER: JUN 2021
PPV: 76 DH 50

30 Comprimé

LOT: 081
PER: AUT 2021
PPV: 76 DH 50

30 Comprimés

LOT: 081
PER: AUT 2021
PPV: 76 DH 50

30 Comprimé

6 118000 051107

LOT: M0240
PER: 06/2021
PPV: 79,000000

6 118000 410294

6 118000 051107