

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Pathologie 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- 055712

ND: 40 543

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MHAMDI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 5, Rue Kaâdi JASS Appt N°6 DAARIF

CP: 10000

Tél. : 06 70 64 28 60

Total des frais engagés : 1580,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAWHARI AYADAKLA

Age : 50 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : UR Kabbaj Bencheikh Noufissa

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 : 27/09/2012

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
16.9.00	Ch	-	1000	<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MUSQUEE <u>Dr NABIL</u> <u>Docteur en Pharmacie</u> <u>76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca</u> <u>Tél. 05 27 08 17 73</u>	16.3.20	1380,50 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

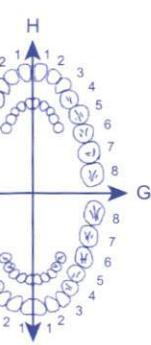
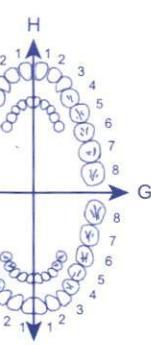
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	00000000												
G	35533411	11433553												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				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'EXÉCUTION

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

الدكتورة الشريف نفيسة

Dr. NARHANIE DE LA MOSQUEE
خريجة كلية الطب بالرباط
Docteur NARHANIE DE LA MOSQUEE
طبيب العيادة
خبرة ملحة لدى المحاكم

MEDECINE GÉNÉRALE

Expert assermentée près des tribunaux

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
Co-aprôvel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
Co-aprôvel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
Co-aprôvel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Casablanca, le :

16.9.2020

$\frac{1}{4} = 1380,50$

1) Capraevac 160 H2.0
19 de la

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40

6 118000250807

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
Co-aprôvel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

$(134,30 \times 4)$
537,20

2) TAHOR 20
19 de la - dr.

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40

6 118000250807

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40

6 118000250807

$(103,40 \times 3)$
310,20

3) glycofage 880
19 3f. 17 al

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40

6 118000250807

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40

6 118000250807

$(48,20 \times 2)$
96,40

4) Alfa 103 680
19 de la, ar cada

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40

6 118000250807

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40

6 118000250807

$(35,40 \times 3)$
106,20

5) Floxacin 500
29 + 1 - 11 - 10

N.S ar d

116,40

6) Hexamedone
19 31.1

N.S ip

$(14,00 \times 2)$
28,00

7) Spofla
19 31.1

N.S

$(27,96 \times 2)$
55,92

8) Drill
11/5 31.1

N.S aly

$(25,00 \times 2)$
50,00

9) Ocaré fat
19 31.1

N.S

$(18,30 \times 2)$
36,60

10) Odrilac
19 31.1

N.S

$(19,60 \times 2)$
39,20

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

27,50

LOT 191929 1
EXP 09 2022
PPV 35,70

27,50

LOT 201589 1
EXP 07 0223
PPV 35,70

LOT 201589 1
EXP 07 0323
PPV 35,70

اكزوميدين®
محلول

14,00

قارورة 45 مل

محلول

14,00

قارورة 45 مل

PPV 116DH40 LOT 96029 3
EXP 09/2021

FLOXAM®
Flucloxacilline
500 mg 24 gélules

45,20

45,20

PPV (DH) :

25,00

LOT N° :

UT. AV. :

PPV (DH) :

25,00

LOT N° :

UT. AV. :

18,30
PPV 18DH30
PER 10/22
LOT 12222

18,30
PPV 18DH30
PER 10/21
LOT H2253

27,50

valable 3 mois

Le 16/9/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : JAWADOU Yacine

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Kabbaj Bencherif Noufissa
MEDECIN GENERAL
65, Rue Hassan II, Casablanca
(face au port de Casablanca) 35-29-07