

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.

Biologie 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.

Prothèse 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° P19-0037580

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250 Société : 41979

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Sahmaoui Abdellatif

Date de naissance :

Adresse : 446 Lot W A F A DE ROUA

Tél. : 0619491437 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/2009

Nom et prénom du malade : Achouh Nicha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : SD Depress

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
19/09/2020	CD		6000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

19/09/20
1686,30
19/9/20 39,80

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

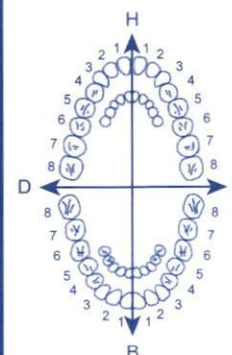
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552
00000000 00000000

D

00000000 00000000
35533411 11433553

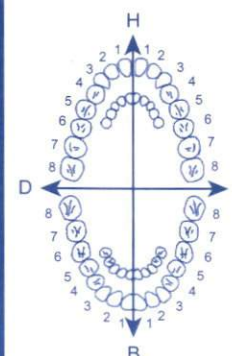
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Prescription

Date :

Mme / Mr.

3980
heparant
2-0-21

3980

tu de or 4

الدكتورة إيمان قنديلي
Dr Imane KENDILI
Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue - Sexologue
244, Lot. Wafae Darou, Casablanca
Tél : 05 22 53 20 54

هيئات

20 قرص

A consommer de
préférence avant fin :

Lot n°

39,80 DH

Lot: W1988

Per: 07-2023



6 111255 870202

Psychiatre - Psychotérapeute

Spécialiste en Addictologie

Membre de l'American Society of Addiction Medicine

Spécialiste en Sexologie et Thérapie du couple

Thérapies familiales systémiques

Troubles du sommeil et gestion du stress



Cabinet Diagnostic

Prescription

Date :

09/09/2020

Mme / Mr.

Mme / Mr. Hachemi

6 x 179,00

1/ Velaron

4 x 93,00

2/ Anafyl

8
no. 30

2/ Sandoz

1486,30

1/2 si ague / 1/2 si ague

en de 03 mois

pour Arrêt

LOT N°: 1909391
EXP: 09/2022
PPV: 179DH00

LOT 0001043
EXP 10/22
PPV 179DH00

LOT N°: 1001856
EXP: 11/2022
PPV: 179DH00

LOT N°: 1909391
EXP: 09/2022
PPV: 179DH00

LOT N°: 1907479
EXP: 07/2022
PPV: 179DH00

LOT N°: 1907477
EXP: 07/2022
PPV: 179DH00

6 11800103007 1
○ Anaftranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 11800103007 1
○ Anaftranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 11800103007 1
○ Anaftranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 11800103007 1
○ Anaftranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

4030