

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



48283

Déclaration de Maladie : N° P19- 0001098

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAT
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZEY MOHAMED Date de naissance : 1947
Adresse :
Tél. : 06 61 62 37 62 Total des frais engagés : 838,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 / 11 / 2020
Nom et prénom du malade : HMIDANI Age : 70 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Soujout
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 : CASA Le : 13 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
18/11/20	C		40,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAHRA M. EL MARI ALI PHARMACIENNE 85, Bd. El Joulane Sidi Othman Casablanca - Tél. 022 56 21 70	18/11/20	686,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
18/11/20	215	112,10	

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

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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



Casablanca, le : 18/11/2020

ORDONNANCE

Nom : HMIDANT

Prénom : Amina

PHARMACIE SALAH
KARIM EL KOK FOZIA
PHARMACIEN
86, Bd. El Yabane Sidi Vennan
Casablanca - Tél: 022 38 21 70

1) Dinido 500

53,00 1 - 0 - 1

2) Praxledine

188,00 3 0 - 1 - 0 pth 03 min

3) Pracen gel

69,60 1 - 1 - 1

686,60

Cachet et Signature

DR AGUI
Médecin
Hôpital

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

بیا سکلید

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

بیا سکلید

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

بیا سکلید

LOT 000000
P/R 00720
P/V 090000

69,60

Di-INDO 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 01/2022

LOT 900431



SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES

N° SAU : 45835 Date: 11 - 11 - 20

Nom et Prénom : A. R. A. Heure:

Cause de l'Urgence: 4731/11

- AVP

- Violence

- Imprudence

- Maladie

- Brûlures

- Accident de Travail

- Accouchement

- Fausse Couche

- Hémorragie

Rx générale 6 R / F
CHP Ben M'sik
Service Radiologie
Accord
Le: 11/11/20

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Quittance

Reçu de M

AMINA

N° 225531

La somme de

quarante

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
C		40,00
Total		40,00

Cachet du Service

Le 18/11/2020

Signature du
Régisseur

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Quittance

Reçu de M

AMINA

N° 225532

La somme de

cent douze mille cinq cents

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
215		112,00
Total		112,00

Cachet du Service

Le 18/11/2020

Signature du
Régisseur

Cession	Consultation et Hospitalisation sans part médicale	Hospitalisation (avec part médicale) Consultation accident du travail	Recettes Diverses
		Part de l'Etat Part médicale	
		Total	
		Total	