

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 rééducation.
- 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

- Reclamation : 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° W19-422905

UP9178

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8645		Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAJIB SAID			
Date de naissance : 10/02/1970			
Adresse : 05 RUE ELUNKHOUANE Apt 21 BEAUSIEUR CASABLANCA 2-2600			
Tél. : 0666273376		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	<p>Dr. Abderrahim BOKHAMY Endocrinologue - Diabétologue Av. Allal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun Porte 4 - Berrechid - Tél : 0522 328787</p>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/12/2020			
Nom et prénom du malade : HAJIB SAID	Age: 50		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : diabète type 2			
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 que les renseignements portés sur la présente déclaration, Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Fait à : Berrechid

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/12/2020

ACQUETE

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
21/11/2011	2	26	260,00	INP : 01010113111 Dr. Abderrahim BOUKHAMY Endocrinologue - Diabétologue Allal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun Porte 4, Bérechid - Tel: 0522820707

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ref. 0223969	20/11/2011	2399,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on each side, with H at the top, G at the bottom, and D on the left. A bracket indicates the range from D to G				

Berrechid, le 25 NOV 2020 برشيد في

* 061011375

Hajib
fat

437,00 x 3 ج ٤٣٧,٠٠ × ٣ ج aeuu et ٥٥/١٠٠ ز ٥٣

125,60 x 3 ج aeuu ١٢٥,٦٠ × ٣ ج aeuu ز ٥٣

89,00 x 3 ج aeuu ٨٩,٠٠ × ٣ ج aeuu ز ٥٣

31,30 x 3 ج aeuu ٣١,٣٠ × ٣ ج aeuu ز ٥٣

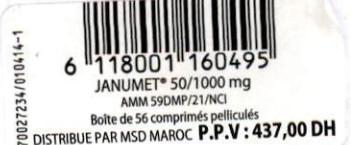
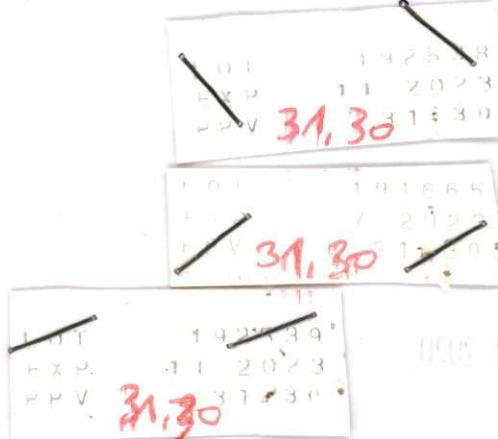
١٦,٨٠ x ٣ ج aeuu ١٦,٨٠ × ٣ ج aeuu ز ٥٣

2399,٧٥ ج aeuu ٢٣٩٩,٧٥ ج aeuu ز ٥٣

صيدلية الكاف
Farmacie du CAF
Mme CHAOUI SAMIRA
Désiré

1. ٢٠٢٠ Tel 05 22 39 09 12
Cesapance

Dr. Abderrahim BOKHAMY
Endocrinologue Diabétologue
Av. Allal Ibn Abdellah Rés. Ibn Khaldoun
Porte 4 - Berrechid - Tel: 0522 32 81 01



maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

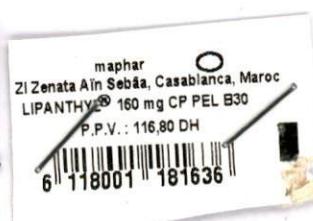
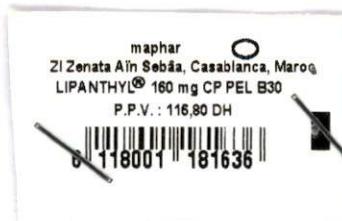
608070A

89,00

89,00

125,60

125,60



125,60

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HAJIB SAID

Présente

une diabète type 2 + HTA + goutte

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

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 Heinrich Heine) - Casablanca

Dr. Abderrahim SIDI
Endocrinologue
Av. Allal Ibn Abdellah, n°55
Porte 4 - Berrechid - Tel : 0522 32 87 87
Casablanca