

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

Nº P19-0048743

Optique **51748** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2857 (2857)** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TOUDANE Mohamed

Date de naissance :

27-2-55

Adresse :

**Res. 1201001 8 Rue Gourmata Bourgogne
CASA BLANCA**

Tél. : **06 61 43 45 28**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

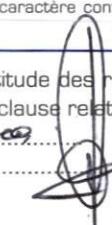
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Casablanca**

Le : **14/12/2020**

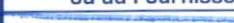
Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie  Nadia El Aoud <small>Chercheuse en Pharmacie</small>	14/12/2020	 Pharmacie 894, 00
199, bd. Bourdesoux - Casablanca : 06 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 19 18.		 Pharmacie 894, 00

092010982

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

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 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 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'EXECUTION



PHARMACIE ARGANE

199 bd de bordeaux-bourgogne

R.C :348506

Patente:35405388

T.V.A:

C.N.S.S:2362995

Banque:BCM 178S000101

Tél :022492171/72

Le 14/12/2020

FACTURE N°1296112

N° ICE : 000573987000041

N° IF : 40105446

MR JOUDANE MOHAMED

casablanca

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	MIFLASONE 400 AEROSOL	140,00	140,00		
1	ONBREZ 300 MG 30 GEL	484,00	484,00	31,66	7,00
1	VENTOLINE SOLUTION NEBULISEUR	29,50	29,50		
2	ATROVENT 0.5MG/2ML ADULTE	68,80	137,60		
1	BRONCHODUAL 50 UG/20	102,90	102,90		



TOTAL T.T.C :

894,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	484,00	Montant : 31,66	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Huit Cent Quatre-vingt-quatorze Dirhams.

Novartis

onbrez breezhaler®

150 microgrammes et 300 microgrammes
poudre pour inhalation en gélules

Maléate d'indacatérol

ONBREZ® BREEZHALER® 150 µg
Poudre pour inhalation en gélule
Boite de 30
PPV : 484 DH



6 118001 031115

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

Je soussigné : Dr Rachid El Khttar

Certifie que : Mr Mohamed Joudane

Présente : BPCO sévère avec exacerbations fréquentes

Nécessitant un traitement d'une durée de : un traitement médical Permanent (à Vie)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) :

- Ventoline solution 0.5 pour cent (5Mg /ml)
- Atrovent 0,5mg /2ml
- Physiodose
- Ventoline suspension pour inhalation en flacon pressurisé
- Bronchodual solution pour inhalation
- Utibo breezhaler 110µg / 50µg
- Onbrez breezhaler 150 microgrammes
- Miflasone 400µg