

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040641

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 05463 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEHNANI Nour

Date de naissance : 24/10/1954

Adresse : Ave du phare Résidence Taghazout n°4 case

Tél. : 0648969353 Total des frais engagés : 1285,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2020

Nom et prénom du malade : Selma Age :

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

Nature de la maladie : HTA - Infarctus - crise pyelonephrite

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 : 02/01/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/01/2020 | | | 150,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 02/01/2020 | 1135,9 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

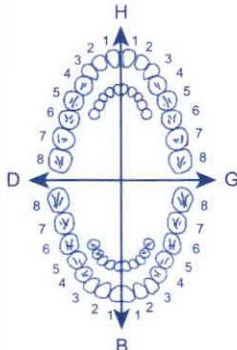
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|-------|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 02/01/2020 | | | 6 | 60,00 | 60,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

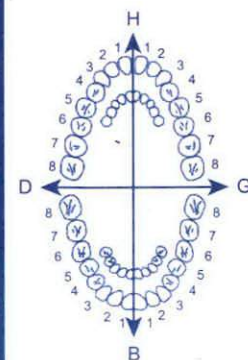
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

(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

Dr. Abdelouahed EL HAITE
 Médecine Générale et d'Urgence
 Echographie
 Electrocardiogramme - Circoncision
 Oxygène Médical



LOT 211
 PER: 08/2022
 PPV: 80 DH 00

1327
 LOT
 NOVOPHARMA
 LOT 20
 P.P.V. 46.90

28 Comprimés

الفحص بالصدى
 التخطيط القلبي - الختانة
 الأوكسجين الطبي

Casablanca le: 02. 01. 2020 : الدار البيضاء في

selm

CELEBREX 200 mg
 Boîte de 20 gélules

Lot: 1274781

Date Fab: 05 / 2019 Date Exp: 04 / 2021
 PPV: 150,00 DH

(150,00)
 (190,65)
 (180,65)

celebrex

osmotic

N=2

(97,60)

Civashin

(49,00)

Myocard

(116,40)

Flaxmin

(153,60)

coupro

(40,40)

Neke

(30,30)

Kantogic

(80,00)

Augmentin

(46,90)

Xenid

PPV: 97DH60
 PER: 08/21
 LOT: 11777-2

LOT: 08219009
 PER: 04-2024
 PPV: 49,00 DH

PPV 116DH40

LOT 94024 3
 EXP 08/2021

153,80

Distribue par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

KANDEIC 30/30
 SACHETS B30

P.P.V.: 30DH70

6 118000 061847

في حالة مستعجلة: 06 69 83 19 01 En cas d'urgence

Mediouni - Lahraouiye Casablanca . (أقرب الصور الأبيض) - لهرأوين. الدار البيضاء