

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.

Diagnostique 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



16122

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020036

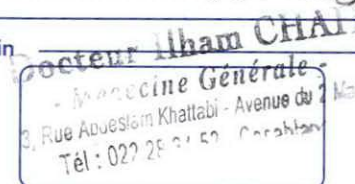
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1746 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELACANI ARAB Date de naissance : 19.01.1958
Adresse : 3 Rue d'Athènes 2700 Casablanca
Tél. : 06 67 32 32 53 Total des frais engagés : 902,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/2017
Nom et prénom du malade : ELACANI ARAB Age : 70
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA compliquée d'angine
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 : 19/10/2017
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
12	1	150,00	<p>Docteur Iham CHAI</p> <p>Médecine Générale</p> <p>2, Rue Aoueslana Khattabi - Avenue du 21</p> <p>Tel: 022.28.34.52 - Casablanca</p>	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/10/21	752,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Praticien 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
		A M	P C	I M	I V	

Lot: 190363
A consommer de préférence avant le: 06/2024
PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®

HONORAIRES

qu'é en indiquant la nature des soins.

le traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

183,50

183,50

95,00

95,00

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

KARDEGIC 75MG SACHETS B30
LOT : 19E002
PER: 01 2021
P.P.V: 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG SACHETS B30
LOT : 19E003
PER: 04 2021
P.P.V: 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG SACHETS B30
LOT : 19E001
PER: 10 2020
P.P.V: 30DH70
6 118000 061847

UT. AV: 03 2102
LOT N°: 1272274
23,10
LYSANXIA

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE

الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

M-EL CHAH AMI ARAB

Ordonnance

Casablanca, Le 12.10.2024

A - hifles qd
79.4361
- Kalmagas
183.50 x 21
- cenova 166
- le adin 103
- xedilobes
30.73 x 3
- kardegic 75
83.13
- lysan 1010
- felfeya
752.10

3, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N° 2 - Casablanca

الهاتف : 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52

زوجة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء