

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° P19-0027075

MD = 18523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1308 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LARABI Mohamed

Date de naissance : 26 Rue Vieux Oudjda OASIS - ALBA

Adresse : 1349

Tél. : 05 22 98 47 22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 / 11 / 2019

Nom et prénom du malade : Larabi Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Rhabdomyosarcome

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 : Le : / /

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
	histing A		500,0	
	Sh 10x		100,0	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/19	695,00

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LES 3 BOUTEILLES KISSI-NANOU 3, Rue Rouleuse, Plateau d'Estuaire Avenue d'Estuaire, Plateau d'Estuaire Tél. 0522 55 30 31 - 55 30 32</p> <p>092010917</p>	11/11/19	695,00

[illegible][illegible][illegible]RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SPECTRUM 500 mg
20 comprimés



6 118000 081937

160,00

LOT 191286
EXP 07/2022
PPV 83.20DH



SPECTRUM 500 mg
10 comprimés

Permixon 100 mg
30 GÉLULES



6 118001 181957

CE 24/24

Docteur :

Aloussi, Borgogne
a Tel: 05 22 49 23 00
BADR

CONTIFLO® OD 0.4 mg
Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



Casablanca, le

4/11/22

LARABI Mohammed

109,70

1. Contiflo



153,30

2. Permixon



160,00

3. Spectrum 500



272,00

4. Avoart

midi

PHARMACIE LES ARCADES
KISS Nawal
3, Rue Rouss, Maroc, Jeddah El Bahari
Tél: 0522 49 23 00

35, Rue EL ALLOUSSI Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80/81/82/83/84/85 - Fax : 05 22 49 23 86

N° 1308

CITM Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

92 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

F A C T U R E

N° : 201902777

Du : 04/11/2019

Nom patient : M. LARABI MOHAMED

Médecin prescripteur ; DrMED DE GARDE

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
SONDAGE	0	500,00
PHARMACIE	0	200,00
FRAIS CONSUTATION	1	500,00
Total		1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

CITM CLINIQUE BADR
35 Rue El Alloussi, Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 49 28 00/80/82/84
Fax : 05 22 49 23 86