

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 canaux, 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 canaux.

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

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° P19- 0045426

ND° = 18791

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R. 20202 Société : Ec / Robot Sale
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELHADDAJ N. Barak
Date de naissance : 1925
Adresse : Secteur 4 B. Rue ELAZHAR N° 247 Tahguet Sale
Tél. : 06 64 55 14 33 Total des frais engagés : 944,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ELHADDAJ N. BARAK Age : 1925
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Céphalées + palpitations + insomnie
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.

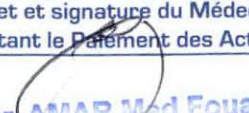
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Sale

Le : 30 / 01 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : EL

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
14/12/19	C	1	200 F.D.S	 Dr. AMAR Med Fouad Avenue Med V - Zenkat Salwa n° 74 Tabriquet - Salé MEDECIN ASSERMENTE Tél : 05 37 78 62 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LA MAMORA Dr. Zakaria BENJAHAR Secteur 4 Imm ata Allah n° 13 Salé, Tabriquet-Tél: 05.37.85.40.87	14/12/19	 PHARMACIE LA MAMORA Secteur 4 Imm ata Allah n° 13 Salé, Tabriquet-Tél: 05.37.85.40.87 744,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

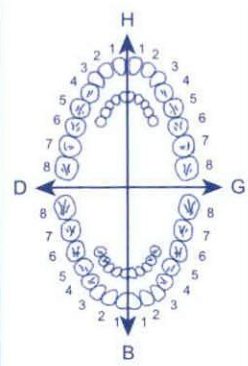
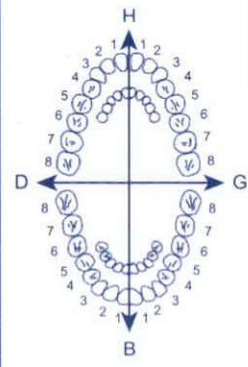
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552	00000000	00000000																									
00000000	00000000	00000000	00000000																									
00000000	00000000	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

6 118001 040391
LAROXYL 50 mg
 (Chlorhydrate d'amitriptyline)
 20 comprimés pelliculés
 BOTTU S.A. PPV: 38 DH 30

6 118001 040391
LAROXYL 50 mg
 (Chlorhydrate d'amitriptyline)
 20 comprimés pelliculés
 BOTTU S.A. PPV: 38 DH 30

6 118001 040391
LAROXYL 50 mg
 (Chlorhydrate d'amitriptyline)
 20 comprimés pelliculés
 BOTTU S.A. PPV: 38 DH 30

AVLOCARDYL® 40 mg
 50 comprimés sécables
 6 118000 010227

CARTREX® 100mg
 20 comprimés pelliculés
 PPV: 54,20 DH
 6 118000 082736

CARTREX® 100mg
 20 comprimés pelliculés
 PPV: 54,20 DH
 6 118000 082736

AMEP® 5mg 28 comprimés
 EXP 09/2021
 PPV 49.40 DH
 6 118000 081524

CONTIFLO® OD 0.4mg
 Boîte de 30 gélules à libération prolongée
 Voie orale
 6 118001 300556

د فؤاد
 اصيب العام
 خبير محلف مقبول لدى

PPV: 25DH00
 PER: 04/24
 LOT: I832

PPV: 25DH00
 PER: 09/24
 LOT: I2043

صيدلية الممورة
PHARMACIE LA MAMORA
 Dr. Zakaria BENTAHAR
 Secteur 4 imm. eta Allah n°13
 Salé, Tabriqueur Tel: 05 37 85 40 87

18,40 18,40

14/12/19

38,30 x 3 = 114,90
 41,80 x 1

25,00 x 3 = 75,00
 * Tramoc

54,20 x 2 = 108,40
 * Cartrea 100

49,40 x 3 = 148,20
 109,70 x 2 = 219,40
 18,40 x 2 = 36,80

74, Av. Mohammed V - Zankat Salwa
 Tabriquet - Salé
 T = 629,60 + 114,90 = 744,50

زقة السلوة، رقم 74
 صالفة
 PPV: 109DH70

30 comprimés à libération prolongée
 Voie orale