

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-521418

MD 20482

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ELF59 Société : Retraite

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ARRAK ATCHA

Date de naissance : 21.01.1955

Adresse : 78, Bd Bir Anzaane Eto 3 Apr 13

CASABLANCA

Tél. : 061770844 Total des frais engagés : 434,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin : DR BELQADIS R.L.

Spécialiste : Maarif
Cachet du médecin : 119, Bd. Bir Anzaane - Maarif
Tél: 022.23.84.84

Date de consultation : 14.01.2020

Nom et prénom du malade : ARRAK ATCHA Age:

Lien de parenté : Elle-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ATTEINEMENT DE LA MUPRAS

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 : 10 FEV 2020 Le : 10 FEV 2020

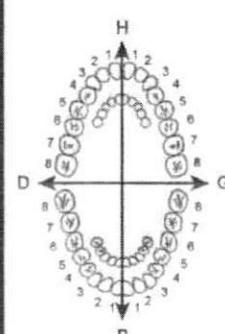
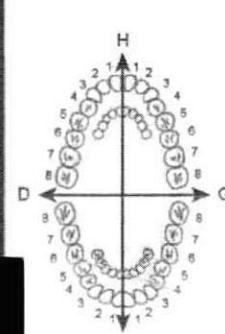
Signature de l'adhérent(e) : AUDET

| 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 |
| 14-01-2021 | C | + 209,00 | INP : 001019448 | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>PHARMACIE LAMIA MANSOUR 24, lot. Yassine les Tees - Casablanca Tel: 05 2285 5556 / 05 2285 5557</i> | 14-01-2021 | 234,23 |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | |
|------------------------------------|----------------|--------|----|---------------------------------|----|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | AM | PC | IM | IV |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F. | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|  | | | | |
|  | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | |
| FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | |
| 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"/> | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
| H | | 25533412 21433552 00000000 00000000 | | |
| D | | 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 | | | | |

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 16 sachets



6 118000 091769

A.M.M. : 117 DMP/21/NNP

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Facial

21,80



Madame ARRAK Aicha

132,00

ACLAV 1G BOITE DE 16

1 sachet matin et soir au début des repas pendant 8 jours.

58,40

SOLUPRED 20 mg

3 comprimés le matin dans un demi verre d'eau le matin pendant 6 jours

2,00

RHUMIX

1 sachet 2 fois par jour pendant 5 jours

87,80

POLYDEXA GOTTES AURICULAIRES

10 gouttes dans l'oreille 2 fois par jour pendant 10 jours

234,20

Solupred® 20mg

Prednisolone

احترم المقاييس المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés effervescents



6 118000 060536

من الأذن الأنف والحنجرة

**urgie Cervico-M
et de la Surdité**

Solupred® 20mg

القاضي

الأذن الأنف
وجه العنق والفك
ك والشخير
سية للغطس

58,40



CASABLANCA LE

14/01/2020

Rhumix®

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032



PHARMACIE LUXEMBOURG
24, Lot. Lamia MANDRE
Tél. 05 22 85 55 56/57 ©

Dr. BELOQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél. 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67
05 22 99 26 53
05 22 23 84 84
05 22 98 14 67
05 22 99 26 53