

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° P19-0035479

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1502 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HASSID EL FATMI
Date de naissance : 01.11.53
Adresse : H. Saada II Sidi Maarouf COBA
Tél. : 0661137251 Total des frais engagés : 35,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BEROUNA Houria
Médecine Générale - Echographie
Lot. Haddou, Rue 3, N° 266 - Sidi
Maarouf II - Ouled Haddou - CASA
Tél: 0522.32.13.29
INPE: 691173120

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : HASSID EL FATMI Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Infection Urinaire
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 : 25/05/20

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

13/02/20	C		15000	
----------	---	--	-------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/2/2020
 385,20

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

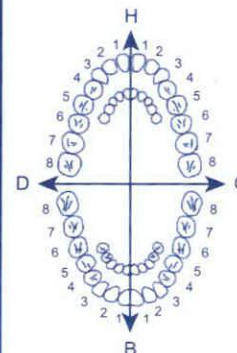
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D ————— G
 00000000 00000000
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca, le : 13/02/2020 في الدار البيضاء،

M. Habib Elferani

Pharmacie Haddou
49 Lotissement Haddou
Casablanca - Tél.: 05 22 32 10 80

Sper 500 28/12 S.V.

Ultras 28/10

28/10 S.V.

11/1

صيدلية الحاديوية
Pharmacie les Idissides
49 Lotissement Haddou - Sidi Maârouf III
Casablanca - Tél.: 05 22 32 10 80

74/60 28/10 S.V.

DR HENOUNA Houria
Médecine Générale - Echographie
Lot. Haddoui, Rue 3, N° 266 - Sidi
Maârouf III - Ouled Haddou - CASA
Tél.: 0522 32 13 29
INPE: 09 173120

72 28/10 S.V.

سيبيسين[®] 250 مغ، سيبيسين[®] 500 مغ و سيبيسين[®] 750 مغ
 علبة تحتوي على 10 أقراص ملبسة.
 تسمية عالمية مشتركة : سيروفلوكساسون

1990-1991

URISPAS®

Veuillez lire
 avant de pr
 Si vous ave
 avez un c
 d'information
 pharmacien.

DENOMINATION
URISPAS®

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE
Flavoxate chlorhydrate (DCI)...200 mg
Excipients...q.s.p un comprimé pelliculé

FORME PHARMACEUTIQUE
Comprimé pelliculé, Boîte de 30.

**CLASSE PHARMACO-THERAPEU-
TIQUE**
Antispasmodique urinaire.

DANS QUELS CAS UTILISER CE
MEDICAMENT

- cystite, urétrite, urétrorocystite, trigonite et prostatite,

GROSSESSE - ALLAITEMENT
D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT
AU COURS DE LA GROSSESSE ET
DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS
PREVENIR VOTRE MÉDECIN OU
VOTRE PHARMACIEN DE
PRENDRE
Il est
médic
L'ac
est à

PPV
LOT
PER

ce
ent

LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS
Le lactose est un excipient à effet notoire, contre-indiqué chez les personnes souffrant d'une galactosémie.