

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

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- 0043618

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0583 Société : R.A. 2
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 23571
Nom & Prénom : RACHIDI Hassan
Date de naissance : 05.07.1960
Adresse : /
Tél. : 0661317267 Total des frais engagés : 70,52 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/12/2019
Nom et prénom du malade : DR. EL FAKRI KHADIJA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : ACCU Le : 11/12/2019
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
10-12-2014	08 Gratuit			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pascale BOY-VUACHEZ 29 rue de la Doua 69100 VILLEURBANNE	11/01/2020	70,52 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

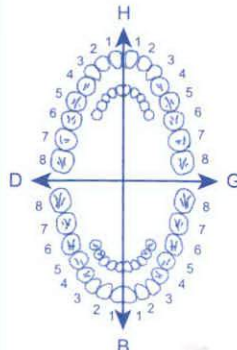
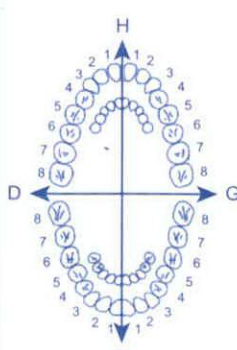
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				COEFFICIENT 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

Dr. Nezha ElFihri

Spécialiste en médecine interne

د. نزهة الفهري

متخصصة في الطب الباطني

Casablanca le: 10-12-2019.

Mme DRIOUICH KHADJA.

METHOTREXATE (METOJECT) 10mg.

1 injection intramusculaire /
Séance.

X 3 mois -

DATE DESIGNATION CIP Prix/Unité Base SS HD TASS
4 METHOJECT 10MG/0,3400926889050 15,59 - 1,02 0
3ML SER 1 DUS: 4 Ordo: 140645
1 Honor. dispens. HDR 0,51 - 0
1 Honor. dispens. HDE 3,57 - 0
MONTANT TOTAL : 70,52
MONTANT AMC : 0,00
MONTANT ASSURE : 70,52
MONTANT AMO : 0,00

CHARRAKIE DES ARTS
29 rue de la Boua
69100 VILLEURBANNE
492035413
Tel : 0478934899
INSEE:
Malade: DRIOUICH Khadja
Code Op: 4
Medecin: MED ETRANGER Maroc
Date Fact.: 11/01/2020
Date Ord.: 10/12/2019
Fact. Num.: 129722

Résidence Ennour 38 Angle Bd Bir Anzarane et Rue Ibnou Souraije
Mâarif Casablanca - Tél. : 05 22 99 33 34 / 05 22 99 33 35 / Fax : 05 22 99 62 59
E-mail: nelfihri@hotmail.com

Lot / EXP



E190307A

05/2021

PC: 03400926889050

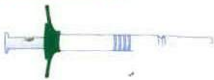
SN: FATNGOUGJ1

34009 268 890 5 0

METOJECT[®] 10 mg/0,2 ml

solution injectable en seringue préremplie

10 mg
/0,2 ml
Méthotrexate



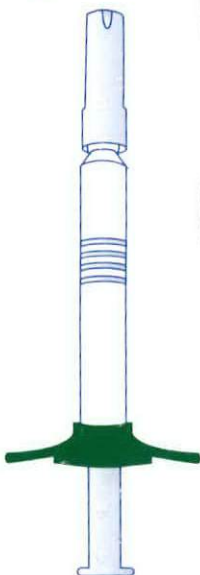
1 seringue
préremplie graduée.

1 seringue préremplie graduée.

Solution injectable.

Aiguille d'injection SC fixée.

Tampon imbibé d'alcool
inclus dans la boîte.



medac

**meto
ject[®]**



Lot / EXP



E190307A

05/2021

PC: 03400926889050

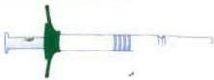
SN: FATNGOUGJ1

34009 268 890 5 0

METOJECT[®] 10 mg/0,2 ml

solution injectable en seringue préremplie

10 mg
/0,2 ml
Méthotrexate



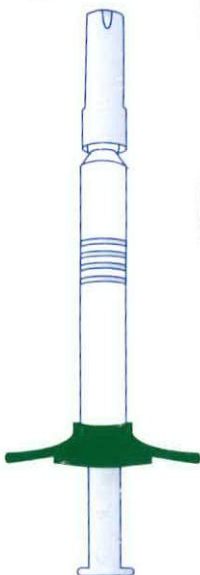
1 seringue
préremplie graduée.

1 seringue préremplie graduée.

Solution injectable.

Aiguille d'injection SC fixée.

Tampon imbibé d'alcool
inclus dans la boîte.



medac

**meto
ject[®]**



Lot / EXP



E190307A

05/2021

PC: 03400926889050

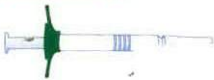
SN: FATNGOUGJ1

34009 268 890 5 0

METOJECT[®] 10 mg/0,2 ml

solution injectable en seringue préremplie

10 mg
/0,2 ml
Méthotrexate



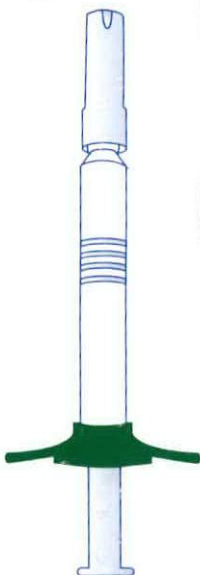
1 seringue
préremplie graduée.

1 seringue préremplie graduée.

Solution injectable.

Aiguille d'injection SC fixée.

Tampon imbibé d'alcool
inclus dans la boîte.



medac

**meto
ject[®]**



Lot / EXP



E190307A

05/2021

PC: 03400926889050

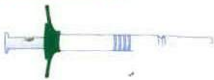
SN: FATNGOUGJ1

34009 268 890 5 0

METOJECT[®] 10 mg/0,2 ml

solution injectable en seringue préremplie

10 mg
/0,2 ml
Méthotrexate



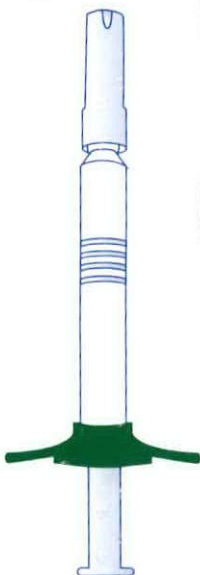
1 seringue
préremplie graduée.

1 seringue préremplie graduée.

Solution injectable.

Aiguille d'injection SC fixée.

Tampon imbibé d'alcool
inclus dans la boîte.



medac

**meto
ject[®]**

