

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- 0042728

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24612**

Matricule : **12726** Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **JANATI IDRISI JIHAD**

Date de naissance : **29/01/89**

Adresse : **Residence du Lac Apt 8-1 CASA Green Town Villa Verta Baerhama**

Tél. : **0661140615** Total des frais engagés : **959,53** Dhs

Cadre réservé au Médecin **Pr. Malika ZAHRAOUI**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **07/03/2020**

Nom et prénom du malade : **JANATI IDRISI JIHAD** Age :

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

Nature de la maladie : **Faible douleur - Myalgie - Arthralgie**

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 : **CASABLANCA** Le : **07/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Youssef SIEGE RAM**

RELÈVE 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
07/03/2020	5	1	500,000	<p>Pr. Majida ZAHED</p> <p>Médecine Interne Pédiatrie - Infectiologie - Néphrologie Médecine Tropicale Maladie Sexuellement Transmissible</p> <p>55, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA Tél : 0522 86 14 08 / 09</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/20	459,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES .

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

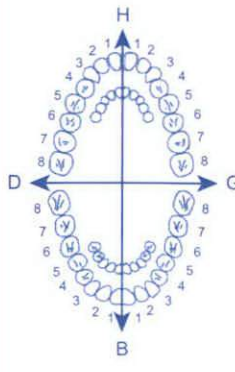
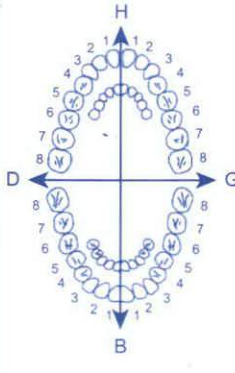
[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OC

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								
		<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>						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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Pr. Majida ZAHRAOUI

Spécialiste en Médecine Interne

Hépatologie - Endoscopie digestive

Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale

Nutrition et Traitement de l'Obésité



الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة بكلية الطب

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض المعدية - الأمراض الإستوائية

طب التغذية و علاج السمّة

Vita C1000®

Casablanca, le البيضاء في

07/03/2020

Mr JANATI IDRISSE Jihad

SPECTRUM 500

1 comprimé 2 fois par jour , pendant 10 jours

EFFIPRED 20

60 mgs par jour, pendant 6 jours

VITAMINE C 1000 ACEROLA

1 comprimé par jour le matin , pendant 10 jours

VALEX 500

1 comprimé 2 fois par jour , pendant 10 jours

159,50



83,60



EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 09/2022
LOT 96017-6

Pr. Majida ZAHRAOUI
Médecine Interne
Pathologie Infectieuse Hépatologie
Maladie Sexuellement Transmissibles
86, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 86 14 08 / 11 - Fax : 05 22 86 14 09
Gsm : 06 61 31 07 30 - Email : zahraouimajida@gmail.com

صيدلية المدينة الخضراء
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Majida ZAHRAOUI
Centre Commercial Casa Green
Tél : 05 22 86 14 08 / 11 - Fax : 05 22 86 14 09
Gsm : 06 61 31 07 30 - Email : zahraouimajida@gmail.com

Total : 429,70

149,50