

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

- 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° W10 MUPRAS
RECEPTION

Maladie Dentaire **26778** Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **RAM**
 Matricule : **4217** Société : **RAM**
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **KAHALLIA. MUSTAPHA**
 Date de naissance : **1944** **RETRAITE**
 Adresse : **42 PAS GIE 13 MAY 2 TISSIR BERRECHID**
 Tél. : **06 33 49 38 55** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : **Kahalla Mustapha** Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Lumbalgie**
 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 : **09 10 2020**
 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
04/03/2003	S		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.03.2003	389,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

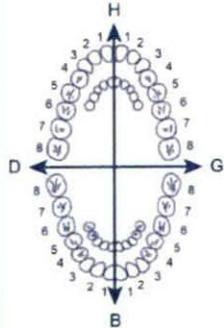
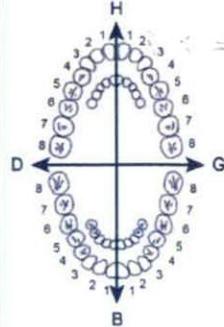
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

				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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
G																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION																

Dr. TAIB Karima

Medecine Générale

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie à Casablanca

Ex Interne à la Maternité

du CHU AVERROES Suivi de grossesse
Echographie - ECG

الدكتورة الطيب كريمة

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخليا سابقا بقسم التوليد

بمستشفى ابن رشد

تتبع الحمل - الأخص الداخلي بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

Berrechid le 08/03/2020

TAIB Karima
OMNIPRATICIENNE
70, Bd. Hassan II Tissir I - Berrechid
Tél.: 0522 32 89 29

ORDONNANCE

Kah la bya Mustajba

56.60

Diprostone

Mg 20

70.50

Feldene

200mg

51.24

Nalgene

Mg 20 by 6
à consommer le 08/03/20

76.54

Venuto 200

Mg 2

82.07

Relanol

1 gel à midi

53.29



70, شارع الحسن الثاني، حي التيسير 1 (قرب محطة طاكسيات الكارة) - برشيد

70, Bd HASSAN II, TISSIR I (Près Taxis Gara) - Berrechid

Tel : 05 22 32 89 29

389.60

NOTOPHARMA
STAY 3521
LOT 20064
P.P.V 82.00

 **FELDENE® I.M.**
20mg PIROXICAM

UT. AV: 02 2024
LOT N°: F190305501

P.P.V 0 50

70,50

09366063/9

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 33DH 10
LOT: 19E002
PER.: 06 2022




611 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Seringue
P.P.V : 56,60 DH
AMN 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

76,00



أنابيب من

LOT 076477
UT AV 06 20
PPV 57.00 DH