

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 : adhession@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° W19-424969

55170

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 4402 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | SAIN LATIFINE |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0661915349 | | Total des frais engagés : 28135,- Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| <div style="text-align: center;"> </div> | | | |
| Date de consultation : 28 Dec 2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : M. HOSNI Age: 52 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Diabète T2DM | | | |
| 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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

Le : _____ / _____ / _____

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2010 | 901 | 159,00 | | INP : INPE:09101846 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| REBEL KIRIN PHARM 48,463, Al-Sakia El-Hamra, C.D. Casablanca - Tel. : 05 28 55 42 00 PHARMACIE RABAT | 27/12/2010 | 2063,55 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

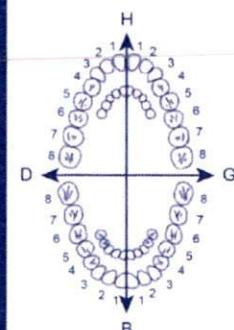
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

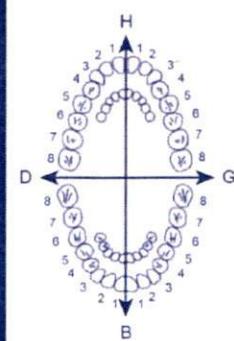
Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------|
| | | | | |



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

[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

Coefficient
des travaux

Montants
des soins

Début
d'exécution

Fin
d'exécution

Coefficient
des travaux

Montants
des soins

Date du
devis

Date de
l'exécution

ORDONNANCE

Dr Mostafa TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
361 Bd IDRISSE HARTI C-D CASA
Tél: 05 22 38 69 87

28 Dec 2020

, Le :

Hosni Nafat

(38000+3) T₂ GALVUS MET 30/1000 SV

2+ LANTIS

(69,80+4) 3 - DDR110 L SV

(30,70+3) 4 - KARNO GIC 21 SV

(147,40+3) 5 - ROZAT 70 SV

(39,70+2) 6 - LAROXY L SV 1338

T: 20 63 50

Dr Mostafa TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
361 Bd IDRISSE HARTI C-D CASA
Tél: 05 22 38 69 87

Mod 3mns



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

Maphar
 Km 10, Route Côtier 111,
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca
 Odrirk 2mg gelule b28 mv
P.P.V : 69,90 DH



Maphar
 Km 10, Route Côtier 111,
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca
 Odrirk 2mg gelule b28 mv
P.P.V : 69,90 DH



Maphar
 Km 10, Route Côtier 111,
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca
 Odrirk 2mg gelule b28 mv
P.P.V : 69,90 DH



Maphar
 Km 10, Route Côtier 111,
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca
 Odrirk 2mg gelule b28 mv
P.P.V : 69,90 DH



KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
 6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
 6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
 6 118000 061847

PPV: 147DH40
 PER: 09/22
 LOT: J2380-2

PPV: 147DH40
 PER: 09/22
 LOT: J2380-2

PPV: 147DH40
 PER: 09/22
 LOT: J2380-2

Amitriptyline
 PPV:39DH80
 PER:09/23
 LOT: J2244

Laroxyl® 40 mg/ml
 Amitriptyline
 Gouttes buvables 20 ml
 6 118001 040407

Amitriptyline
 PPV:39DH80
 PER:09/23
 LOT: J2244