

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.

Diagnostique 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.

Prothésaire :

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

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- 0041970

57000

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1127 Société : R

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRIFI FATIMA

Date de naissance : 22/2/1945

Adresse : 502, rue Goulminu casq

Tél. : 0693311423 Total des frais engagés : 204,40 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/12/2020

Nom et prénom du malade : Dr. DRIFI FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : Casq

Le : 09/12/2020

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
09/12/2020		582	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/2020	904,40

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطي
اختصاصي في أمراض القلب والأشرايين

خريج كلية الطب ببلد
طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio-Vasculaires

09/12/20

que DR.F: FATIMA

PHARMACIE AL MAKKAL
SEHI Lot. LEGENIF
Sidi Rahal 1406
Téléphone 93.87

- Stimox 1/2l 56,60 x 3 = 169,80 (S.V)
- Apegri 1cc - 1/2l 80 x 2 = 43,60 (S.V)
- Amlo 5 1l 89,20 x 3 = 267,60 (S.V)
- Xesrol 25 1l 95,00 x 3 = 285 (S.V)
- lamin 40 1l 34,60 x 4 = 138,40 (S.V)
- total 904,40
- Vasiprip 1mg

LOT : 20E007
PER.: 07 2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 20E007
PER.: 07 2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 20E017
PER.: 05 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 20E017
PER.: 05 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 20E017
PER.: 05 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 20E013
PER.: 12 2023
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 20E007
PER.: 07 2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 20E009
PER.: 05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : 20E007
PER.: 09 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ

6 118000 021773

XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ

6 118000 021773

XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ

6 118000 021773

UT.AV : 10 2 2 2 2 P.P.V.

LOT N° : 1 2 9 2 5 5 6 89 20

UT.AV : 10 2 2 2 2 P.P.V.

LOT N° : 1 2 9 2 5 5 6 89 20

UT.AV : 10 2 2 2 2 P.P.V.

LOT N° : 1 2 9 2 5 5 6 89 20

AMlor 5mg
28 COMPRIMÉS
6 118000 250531

AMlor 5mg
28 COMPRIMÉS
6 118000 250531

AMlor 5mg
28 COMPRIMÉS
6 118000 250531