

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.

Biologie 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

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- 058124
57876
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319 Société : AT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : REZKI JILALI
Date de naissance : 17-06-41
Adresse : 3 RUE 3 HAY CHEMS CASABLANCA
Tél. : 0522 368408 0670025111 Total des frais engagés : 1088,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Samira DAKI
Médecin Spécialiste
Néphrologie - Hémodialyse
Hôpital Med. Sekkat Ain Chock

Date de consultation : 18/01/2021
Nom et prénom du malade : REZKI JILALI Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie psychiatrique
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 : Casa Le : 02/02/21
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
18/01/2022		3	6	

Dr. Samira DAKI
Médecin Spécialiste
Néphrologie - Hémodialyse
Hôpital Med. Sekkat Ain Chock

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/01/2022	1088,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

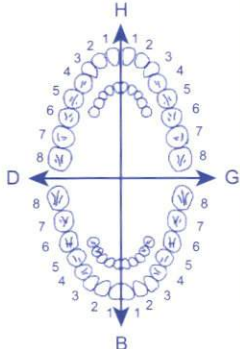
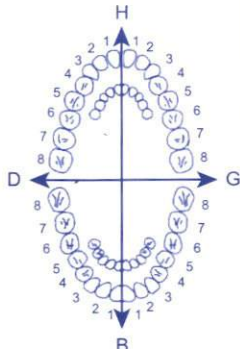
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

ROYAUME DU MAROC
ministère de la santé



المملكة المغربية
وزارة الصحة

DELEGATION PREFECTORAL D'ARRONDISSEMENT AÏN CHOCK
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL MOHAMED SEKKAT

ORDONNANCE

18/01/2021

M^r Rezki Jilali

8370 x 13

Deroxat

2 pin

3 un



N° 8589
11/2/2021

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salem - C.I.L.
Tél: 0522.94 65 30-CASABLANCA

1088,10

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salem - C.I.L.
Tél: 0522.94 65 30-CASABLANCA

Dr. Samira DAKI
Médecin Spécialiste
Néphrologie - Hémodialyse
Hôpital Méd. Sekkat Ain Chock

VIGNETTE

↓
T.S.V.P

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 645439
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 645655
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646217
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646217
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646217
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646217
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646217
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646217
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 645439
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646217
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646217
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646217
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 645439
6 118001 140237