

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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° M21- 0037365

62243

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 327 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUCHOUKA mohammed

Date de naissance : 27 juin 1948

Adresse : 310 Bd Zerkoum Casab

Tél. : 06 00 521 678 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 05/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

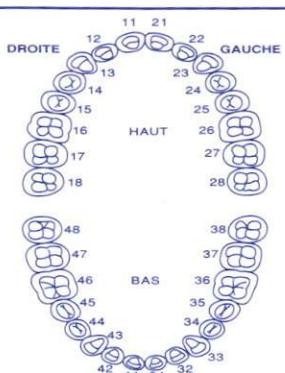
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

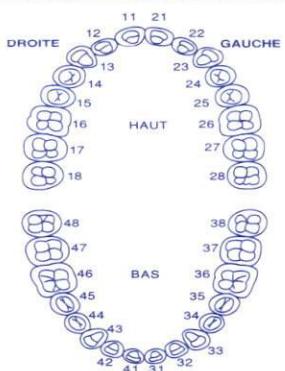
Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

Coefficient des travaux

| | | |
|--------|-------|--------|
| DROITE | 11 21 | GAUCHE |
| | 22 | |
| | 12 22 | |
| | 13 23 | |
| | 14 24 | |
| | 15 25 | |
| | 16 26 | |
| | 17 27 | |
| | 18 28 | |
| HAUT | | |
| | 29 30 | |
| | 31 32 | |
| | 33 34 | |
| | 35 36 | |
| | 37 38 | |
| | 39 40 | |
| | 41 42 | |
| | 43 44 | |
| | 45 46 | |
| | 47 48 | |
| BAS | | |
| | 32 33 | |
| | 34 35 | |
| | 36 37 | |
| | 38 39 | |
| | 40 41 | |
| | 42 43 | |
| | 44 45 | |
| | 46 47 | |
| | 48 49 | |

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant la devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° P 17 / 0063862



Date de Dépot

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



P 17 / 0063862

DATE DE DEPOT

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 927

Nom & Prénom BOUCHOUKA Mohammed

Fonction Retraité Phone 0600581678

Mail

MEDECIN

Prénom du patient KAFIF p Bouchouka Falih

Adhérent Conjoint Enfant Age 56 ans

Date 26/02/2021

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affection respiratoire

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
|------------------|---------------------|---------------------------------|

CS

250 dh

DR. LAABOUDI Latifa
Pneumologue
Rue Abou Salt A Andalousi
Casablanca 10200
Tel: 022-36-54-25-29

PHARMACIE

Date 26/02/2021

Montant de la facture

349.10

Signature
Pharmacie EL AMADEL
Mme H.T. El ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tel.: 022-36-54-25-29
Praticien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

CACHET

Cabinet de Pneumologie
Docteur Latifa Laaboudi
Ep. ELBAKALI

Diplômée de la faculté de Paris

Ancien Chef de Service de Phtisiologie CHU 20 Août

Ex Responsable du Programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa



عيادة أمراض الجهاز التنفسى
الدكتورة لطيفة العبودي
زوجة البقالى
خريجة كلية الطب بباريس
رئيس قسم أمراض السل بمستشفى 20 غشت سابقا
مسؤولة على برنامج محاربة داء السل
وأمراض الجهاز التنفسى
بعملية أنفا سابقا

Casablanca le 26.02.2021

نورا فاف

Fatou

cp Bouchoucha

82,10

1) Itraconazole 20

1cp avant dejeuner

NT - LDT: 200430
DLUO: 12/2023
87,00DH

laboratoires Deva Pharmaceutique
OUAJDI Pharmacien Responsable

PPV: 210,00 DH

20,00

2) flouxair 50

1 cp Apres dejeuner

82,00

3) Reboxetine 300

1 Gel veau 15h

399,10

Dr. H. T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél: 022-38-54-38

Dr. LAABOUDI La'
Pneumologue

98, Rue Abou Salt AL Andaloussi
Casablanca - Tél: 0522 25 25 29
ICE: 002191091000067

SYNTHMEDIC
21 rue zoubir bneu al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

Cp GR

20 mg
Boite 14
640150MP/21NRC P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591