

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-459736

63604

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LABDAA M MED

Date de naissance : 1911

Adresse : Hay El Alia Rue 3 N° 28 El Oulfa Casa

Tél. : 0665 32 84 66 Total des frais engagés : 1399,60 RAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



1 MARS 2021

Date de consultation : 07/03/2021

Nom et prénom du malade : LABDAA Mohamed, Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + H.T.A + Depress

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 : 07/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
04/03/2019			100000	INP : <input type="text"/> MEDICIN M. Fouad Oum Errabi 4 Ouifa 51 65

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'EDINE SELMA HASSOUNI Boulevard Oued Sebou 5 22 90 50 06 - Casablanca	04/03/21	1259,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDE

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/>	
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	<input type="text"/>	
	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'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET L'ACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENTÉ PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

AMAREL 2MG
CP. B30
P.C.U.: 50DH40

6" 1180

- Dynarel 2 mg

207.00 x 3

- Whale song

49,40 x 3 195

- Answering

22,40x3

$$94,00 \times 3$$

1299, 60

Casablanca, le :

خبر محالف لدى المحاكم

خريج جامعة مونبليي 1

الفحص بالصدى

04103781



**PHARMACIE SALAHEDDIN
SELMA HASSOUNI**
756, Boulevard Oued Sebou
05 22 90 50 06 - Casablanca

Tél : 0
AMAREL 2MG
CP B30
P.R.V : 600H40
PER-08 2005
L01 : 20E005
118000 0600

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
PER.:08 2023
6 118000 060031

6 || 118000-8881-
Mr. DEEJAY EXPERI
Dr. Chaitanya Squad
Bd. Doudi Duniya Elahi
Rue 60 N 4 Duffia
Tel: 0522 90 51 65
N° 1A956

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

LOT 02005 3
EXP 11/2022
PPV 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

LOT 02005 3
EXP 11/2022
PPV 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 10/2022
LOT 90011 8

207,00

207,00

207,00

207,00

207,00

49,40

49,40

49,40

LOT 0003392

EXP 04/23

PPV 94DH00

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée

LOT 0003361

EXP 04/23

PPV 94DH00

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée

LOT 0003392

EXP 04/23

PPV 94DH00

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660