

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 rééducation.
- 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

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



Declaration de Maladie

N° W21-609508

65011

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOURAZIZ NAIMA


Date de naissance : 16/06/1952

Adresse : 25 Bis Rue El Agdi

Tél. : 0660366454 Total des frais engagés : 635,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  Dr. Wafa BENJELLOUN
202, Bd Abdelmoamen-CASA
Tel. 0522 99 20 24

Date de consultation : 03/02/2021

Nom et prénom du malade : NOURAZIZ NAIMA Age:

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

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/03/2021

ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/01/21 | C2 | | 359,000 | INP : 091 023 291 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 03/01/21 | 285,60 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

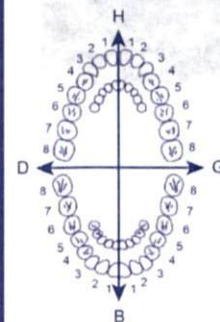
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

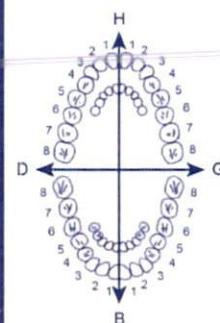
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المريقي الغياتي

Dr. Wafa BENJELLOUN IDRISSE

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصتين في أمراض الجهاز التنفسي
كبار وأطفال

Casablanca, le : 03/02/2021

NOURAZIZ NAIMA

8980
1 - Maxitone ampoules buvables

Chaque Jour(s), 1 comprimé, 2 fois par jour, pendant 1 mois

4000
2 - Fortimel

1 pack par jour

2010
3 - Decadron 0.5

10 comprimés en 1 seule prise le matin apres le pt de j

4 - Prazol gel 20 mg/Bte 14

1 gelule à jeun et 1 gelule le soir au coucher pdt 14 J

Dr. BENJELLOUN Wafa
Pneumophtisiologue
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 99 20 24

TOT = 285,60

Prazol[®] 20^{mg}

Oméprazole

PPV: 96DH00
PER: 11/22
LOT: J1605-2

28
gélules

Voie orale

b

botu

82, Allée de Casuarinas - An Sebba - Casablanca
S. Bouchouch - Pharmacien Responsable

Microgranules gastro-résistants

DECADRON® 0,5 mg 40 comprimés à 0,5 mg
DECADRON® 0,5 mg 40 comprimés à 0,5 mg

DECADRON® 0,5 mg 20 comprimés à 0,5 mg

LOT 20200

EXP 09 202

PPV 33 6

33,60

LOT 202001

EXP 09 2023

PPV 33 60

33,60

LOT 201998

EXP 09 2023

PPV 20 10

20,10

Titulaire de l'AMM au Maroc:

MSD Maroc (Siège Social)

166-168 Bd Zerktouni-20060-Casablanca-M.

Fabricant

Unité de production MSD

BP 136-C. P.20180 Bouskoura.

Titulaire de l'AMM au Maroc:

MSD Maroc (Siège Social)

166-168 Bd Zerktouni-20060-Casablanca-Maroc.

Fabricant

Unité de production MSD

BP 136-C. P.20180 Bouskoura.

Titulaire de l'AMM au Maroc:

MSD Maroc (Siège Social)

166-168 Bd Zerktouni-20060-Casablanca-Maroc.

Fabricant

Unité de production MSD

BP 136-C. P.20180 Bouskoura.

AMM N° : 486/19 dmp/NRQad

DECADRON® 0,5mg

40 comprimés



Remboursé



6 118000 290094

AMM N° : 486/19 dmp/NRQad

DECADRON® 0,5mg

40 comprimés



Remboursé



6 118000 290094

IM N° : 485/19 dmp/NRQad

ECADRON® 0,5mg

1 comprimés



Remboursé



6 118000 290049