

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



65444

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013979

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07587 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALRIAS MOUSTAFA Date de naissance : 01/01/1975
Adresse : 3 AV AL MASSINA
Tél : 0661336911 Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MLD

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : MALADIE Chronique

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 : 30.10.2015

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL YOSSR Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne 100m Taloua - Site 47 - Ben Hamdouch 19000 - Zemmour - Route de La Plage - Parcasa Tél : 03 23 37 64 20		2510,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

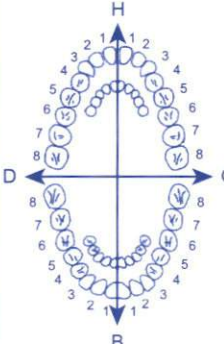
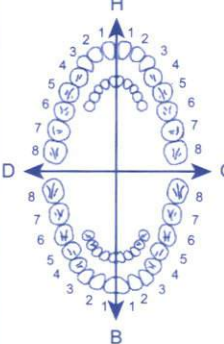
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Client :

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Prix Total
3	Zyloric 200mg cp	31,30	93,90
3	Kardejic 160mg	35,70	107,10
3	coveran 5/5 cp	208,00	624,00
3	Tahor 40mg/28 cp	159,90	479,70
3	Ezetrol 10mg cp	402,00	1206,00
Total = 2510,70			

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70
 LOT : 19E001
 PER.: 10/2020

 6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70
 LOT : 19E001
 PER.: 10/2020

 6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70
 LOT : 20E010
 PER.: 09/2021

 6 118001 081189

PHARMACIE EL YOSSR
 Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne
 Douar Takourante - Sidi Ali Ben Hamdouche Km 9
 Azemmour - Route de La Plage - Par Casa
 Tél : 05 23 37 64 20



Boîte sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS

P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer S.A.



6 118001 170791

Liste I - Uniquement sur ordonnance

فقط وفقا لوصفة طبية . لائحة I



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تقيد بالمقادير الموصوفة

Boîte sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS

P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer S.A.



6 118001 170791

Liste I - Uniquement sur ordonnance

فقط وفقا لوصفة طبية . لائحة I



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تقيد بالمقادير الموصوفة



EZETROL[®] 10 mg 28 comprimés
comprimé *ézétimibe*

Titulaire d'AMM
MSD France
34 avenue Léonard de Vinci
92400 Courbevoie



6 118001 160112

EZETROL[®] 10 mg.

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

Distribué par MSD MAROC

B.P. 136 – BOUSKOURA

AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1



EZETROL[®] 10 mg 28 comprimés
comprimé *ézétimibe*

Titulaire d'AMM
MSD France
34 avenue Léonard de Vinci
92400 Courbevoie



6 118001 160112

EZETROL[®] 10 mg.

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

Distribué par MSD MAROC

B.P. 136 – BOUSKOURA

AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1



EZETROL[®] 10 mg 28 comprimés
comprimé *ézétimibe*

Titulaire d'AMM
MSD France
34 avenue Léonard de Vinci
92400 Courbevoie



6 118001 160112

EZETROL[®] 10 mg.

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

Distribué par MSD MAROC

B.P. 136 – BOUSKOURA

AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1