

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ptique :

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.

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° P19- 045177

67293
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00479 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FANGAR AHMED

Date de naissance : 01/01/1946

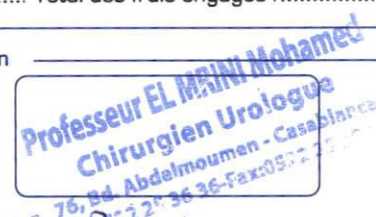
Adresse : Résidence 22 manson AG - Rte Ghandi et

Y. 22 manson 17.37 APP.6 CASA

Tél : 0663295031 Total des frais engagés : 780 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 / 04 / 2021

Nom et prénom du malade : FANGAR AHMED Age: 75 ans

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 : Casablanca Le : 13 / 04 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
13 Avril 2021		3	#30007	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13.04.2021

477,90

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

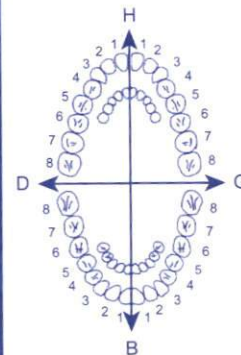
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Professeur EL MRINI M
Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le 13 AVR. 2021

u Fanon Ahmed

159,30 x 3 = 477,90

Franca (SV)

14 de rue 3m

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél : 05 22 22 02 61
ICE : 00 159 7948000034

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél : 05 22 22 02 61
ICE : 00 159 7948000034

Professeur EL M. El Mohamec
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80

عن طريق الفم
30 قرصا نو تحرير مملا

ملع 10

الفيزولين

فلوتان

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 159DH30



بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

عن طريق الفم
30 قرصا نو تحرير مملا

ملع 10

الفيزولين

فلو تران

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 159DH30



بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

عن طريق الفم
30 قرصا نو تحرير مملا

ملع 10

الفيزولين

فلوئال

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 159DH30



بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.