

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostic 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

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° M20- 0000387

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06415 Société : RAM 70251

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GOURTY LHASANE

Date de naissance : 01/01/1964

Adresse : N° 31, Rue de l'Indépendance, Angélique Casa

Tél. : 0676681495 Total des frais engagés : 14500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2021

Nom et prénom du malade : OUARACH HASNA Age : 52

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 09/05/2021

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 Règlement des Actes
26-6-2021		3	30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

26/04/2021 1151.00

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

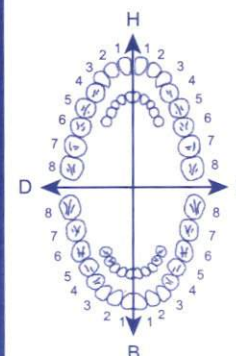
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 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

Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous

بالموعد

89,00x2 = 178,00
Calcium 500 24tt 3mies
78,70x3 = 236,10
Amiclon 60mg 24tt 3mies
79,50
D3 vitam 1000 3mies
21,00x6 = 126,00
Intermune 200 24tt 3mies
24tt 3mies
24tt 3mies
147,40x3 = 442,20
ACAT 20 3mies
22,40x3 = 67,20
Ascarol 24tt 3mies
22,00 24tt 3mies
Docteur Zineb SLAOUIDIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3ème étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA
Tél: 05 22 48 27 75 - E-mail: zineb.slauidiouri@gmail.com - ICE: 001697433000063
INPE: 091130393

FCE14 0223
LOT
Prix
89.00

13-08-22
LOT
Prix
89.00
30
7
HAS UN MEDICAL
RETURN 373

78,70

78,70

78,70

Lot: 200793
A consommer avant le: 12/2023
PPC: 79,50 DH

PPV 21DH00
PER 02/24
LOT K538
21,00

21,00
PPV 21DH00
PER 02/24
LOT K467

PPV 21DH00
PER 02/24
LOT K538
21,00

21,00
PPV 21DH00
PER 02/24
LOT K538

PPV 21DH00
PER 02/24
LOT K467
21,00

PPV 21DH00
PER 09/23
LOT J2275
21,00

PPV:147DH40
PER:03/23
LOT:K732-1

PPV:147DH40
PER:03/23
LOT:K732-1

PPV:147DH40
PER:03/23
LOT:K732-1

PPV 22DH40
EXP 01/2023
LOT 02005 6

ASKARDIL 75 mg 30 dispersibles
PPV 22DH40
EXP 01/2023
LOT 02005 6

ASKARDIL 75 mg 30 dispersibles
PPV 22DH40
EXP 01/2023
LOT 02005 6

22,00

☒ **valable 3 mois**

Le 26 / 4 / 2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

~~Docteur Zineb LAJOUARI~~
~~ENDOCRINOLOGUE~~

~~NUTRITIONNISTE~~
~~40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue~~
~~Dubreuil - Casablanca~~

(à adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Gautti Nassra

Présente

Dia Sete + cholestérol

Nécessitant un traitement d'une durée de :

À vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

~~Docteur Zineb LAJOUARI~~
~~ENDOCRINOLOGUE~~
~~NUTRITIONNISTE~~
~~40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue~~
~~Dubreuil - Casablanca~~