

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.

rmacie :

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.

ttique :

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.

entaire :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 047975

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07358 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAFOURA KHALID

Date de naissance : 12-11-1967

Adresse : 7 RUE BUSSANG Appt 4 ETG 4
MAARIF CASABLANCA

Tél. : 06 66 19 78 41 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/03/2021

Nom et prénom du malade : AQARI AMAL Age :

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

Nature de la maladie : RHMATISME

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

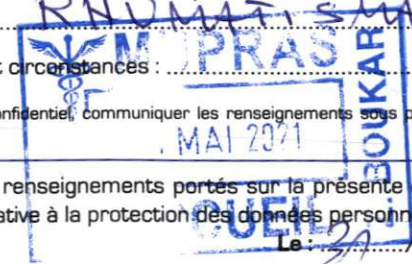
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 31/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :


[Signature]



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
31/03/2021	G		250,00	 Dr. Salah Eddine MAAROUFI RHUMATOLOGUE 124, Bd. La Liberté - Casablanca Tél: 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29 79


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie DANTON Tél: 05 22 09 78 - Casablanca	31/03/21	205,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

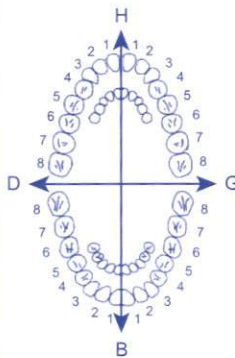
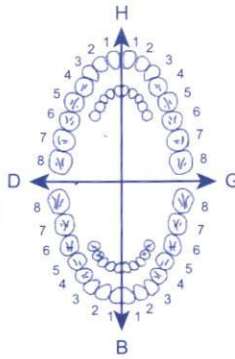
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Dr. Mohamed El Ghazal Rue 111 - Casablanca	Jazou			X		30,00

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																												
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																												
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																												
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td colspan="2"></td></tr></table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D			G	00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																																	
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	D			G																														
	00000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	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'EXECUTION	<input type="text"/>																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salah Eddine Maâroufi

CES de RHUMATOLOGIE
Médecine Manuelle et Osteopathie
Echographie Osteoarticulaire
Rhumatisme, Maladies des os,
des Articulations, de la colonne vertébrale,
des muscles et des pieds
Diplômé de la faculté de
Médecine de Marseille
Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين الماروفي

خريج كلية الطب بمصر
ملحق سابق بمستشفيات مونبولي
إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل
العمود الفقري، العضلات و الأرجل
علاج العمود الفقري و المفاصل
بالتطبيب اليدوي
الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le : 31/10/2021

Mme AGARI AMAL

86,60

- Diprostene (1Bz)

496

- D-cure forte (1Bz)

9900 ampoule par trim

- dohexim 375. mg

20520



611 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V. : 56,60 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

Dr. Amal EL GABBAJ BAH
Boulevard Bt Arzane
522 25 09 78 - Casablanca

pour les buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 20J26
EXP: 10/2023

LOT: 200195
DL: 07/2023
99,1000H
Laboratoires Deva Pharmaceutique
J. OUAJDI Pharmacien Responsable

124, شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.30.91.54 - الفاكس : 0522.54.29.79
124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél. : 0522.30.91.54 - Fax : 0522.54.29.79