

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.

Biologie 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.

Prothèse 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



Déclaration de Maladie

N°: N° M21- 0011308

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0034.101

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARAKANE ZAHRA

Date de naissance : 01-01-1967

Adresse : Rue SANR 7 EL OULFA

Tél. : 06 99 38 50 37

Total des frais engagés : 86,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/06/2021

Nom et prénom du malade : CHARAKANE ZAHRA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HPA + Lumbago

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 : 14/06/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/06 | | 1 | 200,000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie ZEKRI Abdelhakim Docteur en Pharmacie 21111 B4 Oued Boufouya El Oulfa Sablancia - Tél: 0522 90 51 13 CE: 002294229000071 | 14/06/21 | 662,40 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|------|------|----|---------------------------------|
| | | A M | FC | LM | IV | |
| Signé: BARAK 18 Abdelhakim | 14/06/21 | | (20) | (06) | | |
| | | | | | | |

Soins à domicile

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

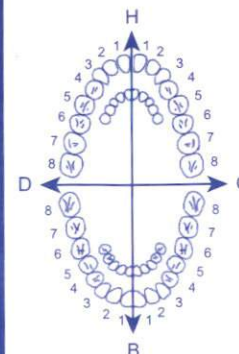
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 |

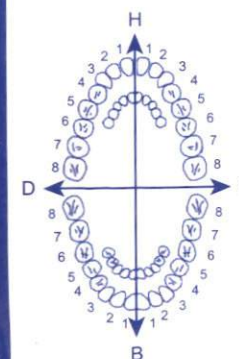


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

Dr. Arafra Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيانة

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

par l'Université H. II

Médecine de travail

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

من جامعة الحسن II

طب الشغل

Casablanca le 14/06/2021 الدار البيضاء

Chantalane Souk

Dr. Arafra
Souk

44,00 x 3

1) Televue 4

14/17 x 14/17 x 3

43,00 x 3

2) Angkor 5

21,80 x 5 14/17 x 3

3) Aspic 100

14/17 x 14/17 x 3

شارع واد سبوزنقة 174، رقم 65، الألفة - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 91 12 77 - الموبايل: 06 61 31 09 83

Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N°: 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél: 05 22 91 12 77 - GSM: 06 61 31 09 83

E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000034

4) Galmex 25 15891
 14/11/2022 x 03mg
 37.00 x 2

3) Mobic inj
 12/11/2022 x 065

T= 662.40
 Dr. ARAFA SAKINA
 Médecin Généraliste Echographie
 Bd. Chérif El-Mouradi N° 05
 Tel: 05 22 90 51 40
 INP: 609 01 19 21 DE 002 041500034

PHARMACIE WILLY MONTANA
 Docteur en Pharmacie
 229-222-2200 Doua Melouane El Oued
 Casablanca Tel: 05 22 90 51 40
 ICE: 002291220000034

PPV: 44DH00
 PER: 01/23
 LOT: K279

PPV: 44DH00
 PER: 01/23
 LOT: K279

PPV: 44DH00
 PER: 01/23
 LOT: K279

ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V.: 21DH80
 LOT: 20E011F
 PER: 05 2022
 118000 061113

PPV: 43DH00
 PER: 02/23
 LOT: K443

PPV: 43DH00
 PER: 01/23
 LOT: K1092

PPV: 43DH00
 PER: 01/23
 LOT: K1092

ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V.: 21DH80
 LOT: 20E011F
 PER: 05 2022
 118000 061113

ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V.: 21DH80
 LOT: 20E011F
 PER: 05 2022
 118000 061113

ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V.: 21DH80
 LOT: 20E011F
 PER: 05 2022
 118000 061113

ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V.: 21DH80
 LOT: 20E011F
 PER: 05 2022
 118000 061113

LOT: 191029 EXP: 12/21
 PPV: 109DH20

LOT: 191029 EXP: 12/21
 PPV: 109DH20

LOT: 191029 EXP: 12/21
 PPV: 109DH20

LOT: 191029 EXP: 12/21
 PPV: 109DH20

BOTTU S.A.
 Boîte de 3 ampoules injectables
 (Mobic 15mg)
 PPV: 37 DH 00