

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-631518

76653

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1236 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : ASSOUNA MILOUD

Date de naissance : 25/11/1952

Adresse : N° 17 Rue 33 Hay Al Arenal 3 CASABLANCA

Tél. : 0661745803 Total des frais engagés : 710,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 05 2019

Nom et prénom du malade : BATOU MALIKA

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 :

Le :

/ /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
17/05/2021	C		309.00	NP: 09 46 95 77 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricateur	Date	Montant de la Facture
	17/05/2021	410.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

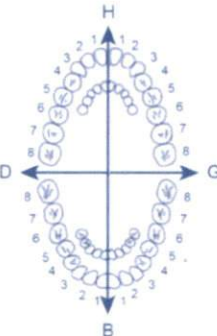
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 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



Spécialiste en hépato-gastro-entérologie et proctologie

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي الكبد وأمراض المخرج

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire et intestins
- Proctologie médicale et chirurgicale
- Certificat Universitaire d'échographie
- Fibroscopie digestive et coloscopie
- Ancien Chef de Service à l'CHU Ibn Rochd

- التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة والأمعاء
- أمراض المخرج وجراحة البواسير
- دبلوم الفحص بالصدى
- المنظار الداخلي
- طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي ابن رشد

Casablanca, Le : 14/05/2022

2700

2700

2700

M = Bataou Holikou

2700 x 3

1) Alivier 10 mg

S.V

490 x 2 / 98.0

1 mm

COOPER PHARMA
PPC : 49,00 DH

2) De Rougieur 603 x 2 Bataou

S.V

COOPER PHARMA
PPC : 49,00 DH

3) 790 x 4 / r

S.V

max. floe

405

PHARMACIE BILAL
Fatima Zohra
LEMRINI 61 n°160 - Cese
Hay El Farouk 22.80.84.97
Téléphone

Lot : F01/20
Dluo : 01/23
P.P.C : 79 DH

0522 28 61 57 docteuribngazala@gmail.com

Lot : F06/20
Dluo : 06/23
PPC : 79 DH

73,50

4

Falax

29

29



ven
d'ear

maphar
Z. Zennar Ain Sebaâ Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73.50 DH
6118001181193
LOT : T20162
Exp : 10/2023

