

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

Déclaration de 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

ND 79688

Déclaration de Maladie : N° P19-0005190

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

3200

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FADIL RAHIDA Date de naissance : 15/10/1956

Adresse : 75 Rue OMAR SIAOUI CASAB

Tél. : 0661.06.36.96 Total des frais engagés : 408,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : CASAB 21/08/2021 Le : 21/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 03/08/2025		408,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraire

AUXILIAIRES MEDICAUX

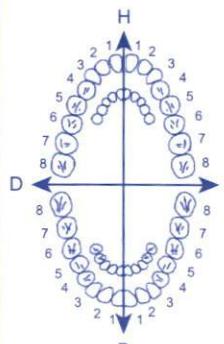
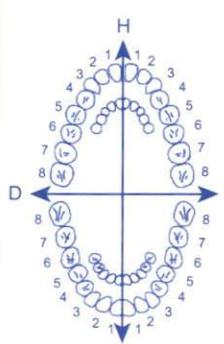
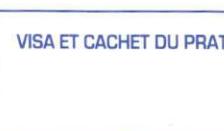
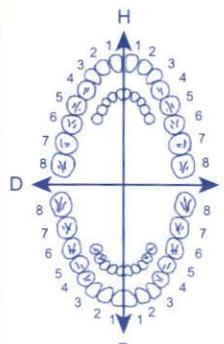
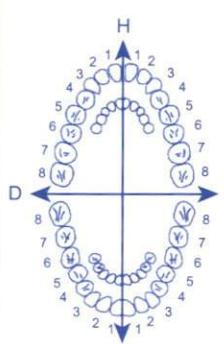
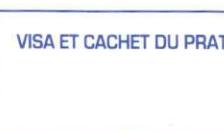
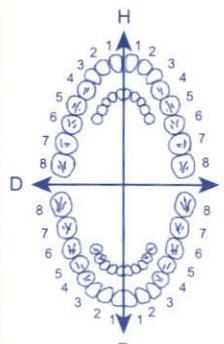
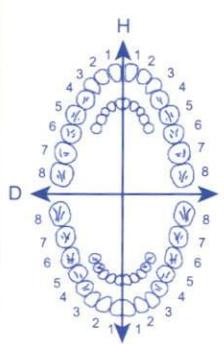
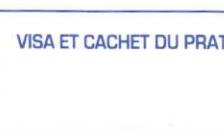
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				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

PHARMACIE LAMORICIERE

33, RUE TARABLOUS CASABLANCA TEL:05-22-27-94-56/FAX:05-22-27-69-80

IF:41804450 INPE:09039536

Tél : RIB:01178000001520000021894BMCE HASSANII

Patente : 34203201-ICE: 001654593000018

Facture N° 1 121 754 Du 03/08/2021

FADIL RACHIDA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	CORVASAL 2MG/ 30CP	5	46.70	233.50
CO	VASCOR LM 35MG 60CP	2	87.70	175.40
2	Total	7		408.90

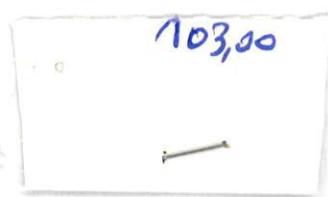
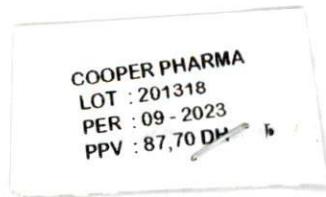
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
QUATRE CENT HUIT DIRHAMS ET QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335 118001 080335



valable 3 mois

Le 10/02/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mme, Mme, M. : FADEL RACHIDA

Présente HTA + BAV complété Appareillé en IAD

Nécessitant un traitement d'une durée de : Askaril 75 mg 1cp/j
W6,70x2
Cinnarizine 1cpx2/j Vascor 37,5 mg Rp x 2
Coeril 8 mg Neph 1/2
408,90

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Site : www.mupras.com - Mail : deco@mupras.com - tel : 0524 20 46 46 - 0524 21 78 15 - fax : 0524 22 08 18
Adresse : Cartier d'affaires Aïda Ben Abdellah - 42, Avenue Rue Aïda Ben Abdellah et Rue Mohammed Bââ
5ème Etage - Casablanca

