

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 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.



Declaration de Maladie

N° W19-590725

83318

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____
Matricule : 2212 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : _____
Nom & Prénom : BEN FARES Mohamed

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : 67, Rue Zahraoui Aboulkaecem AP1111
Quartier des hôpitaux Casablanca

Tél. : 06 43 36 20 36 Total des frais engagés : 350,70 DH

Cadre réservé au Médecin

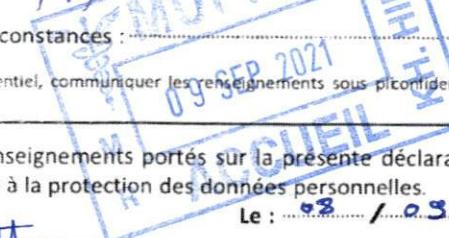
Cachet du médecin : 

Date de consultation : 30/06/2021
Nom et prénom du malade : Ben Fares

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : HTA

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'adjudicataire : 

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 08/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/06/81 | U.F. | Dr JOUNI | INP : 081081681 | |
| 1/07/81 | | | | |
| 2/07/81 | | | | |
| 3/07/81 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE LA RESISTANCE Dr MACHEK Naima Tél : 05 23 23 11 11 INPE 06 93 83 86 | 30/06/81 | 350,70 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

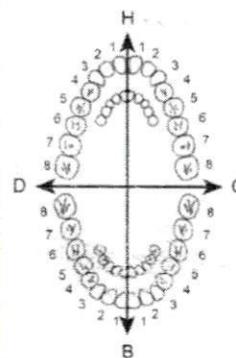
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

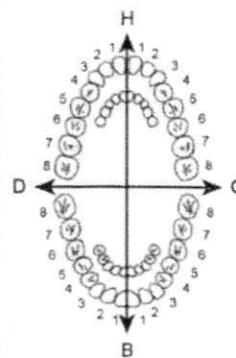
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXE

DOCTEUR JOUNDY CHAKIB

CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté
de Médecine de Lille (France)

Diplômé d'Etudes Spéciales de
Pathologie Vasculaire Varices
Ex. Médecin Attaché au C.H.U
de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13
Fax : 05 22 44 46 10
D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48
Casablanca



الدكتور جندي شكيب

اختصاصي في أمراض القلب
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بلييل فرنسا
طبيب ملحق سابق بالمركز الصحي
الجامعي بلييل

39، شارع رحال المسكيني
الهاتف .: 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13
فاكس .: 05 22 44 46 10
05 22 52 08 03 : م
المحمول : 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

Casablanca, le :

30/06/2001

Dr Ben Fadil

$$89,20 + 3 = 267,60$$

S.V.

$$\text{AMLODIPINE } 5 \text{ mg } 19,10$$

S.V.

$$27,70 + 3 = 83,10$$

Cardiospirine 100mg 19,10

3 mois

350,70

| | | |
|---------|--------|--------|
| UT.AV : | 89,20 | P.P.V. |
| LOT N°: | 303764 | 89,20 |

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

UT.AV :

P.P.V.

UT.AV :

P.P.V.

LOT N°: 303764

89,20

LOT N°:

89,20

LOT N°: 303764 89,20