

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.

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.

Educateur :

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.

Maladie :

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.

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 - 5ème 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° M21- 0020769

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 390 Société : 86474
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : NAZIH FATIMA
Date de naissance : BOUIZZEM
Adresse :
Tél. : 0621 157803 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة الفيشي فتيحة
Docteur El Kaichi Fatima
N°1, Imm.A28 Résidence Addamane
Ain chock-CASA-Tel:0522.50.11.90

Date de consultation : 16/08/2021
Nom et prénom du malade : NAZIH Fatima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : COVID-19
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/08/2021	C	C ₁	1500H	<div> <div> </div> <div> </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> </div> <div> </div> </div>	16/08/2021	413,90

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	

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			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

Docteur Fatiha EL KAÏCHI
Médecine générale

N° 1, Imm. A 28 Résidence ADDAMANE

Aïn Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي
الطب العام

رقم 1، عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحى)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 11 90

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Casablanca, le : 16/08/2021

T = 413, 90

M^{me} NAZIH Fatima

79,70 x 2 = 159,40

1) AZIX 500 mg N°1

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3283

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3103

14j 1 cp le 1^{er} j puis 1/2 cp/j x 06j

2) Doliprane 1g

33,90 1 cp x 3 j après les repas.

3) Intetrix

40,90 2 gélules x 21 j nets

4) Zinastin

1 cp/j x 14 j

5) Vitamine D3 B.O.N 200.000 UI/1 ml

60,20 1 ampoule

6) Maxilase Maux de Gorge

1 cp x 3 j après les repas, H, Hets

PHARMACIE MANZAL MANZAL
Lot: AI Manzal 2893
Lot: INPE: 062088778
Tel: 05 22 51 51 51

PPV: 14DH00
PER: 04/23
LOT: J1063

INTETRIX GELULE NF
B20
P.P.V: 33DH90
1190001210852
PPV 400490

PPV:
60DH10

7) Progol Long

PPV: 52DH80
PER: 05/23
LOT: J2258-2

PPV: 52DH80
PER: 06/23
LOT: J2258-2

5280 2 gélule ~~avant~~ le petit déjeuner x 28j.
x2 = 10560

$$\overline{T} = 413,90$$

~~Dr. El Khatib~~
Docteur El Khatib Fatiha
N°1, Immeuble Résidence Addamane
Ain chock-CASA-Tél: 0522.50.11.90

PHARMACIE HRY AL MANZAR
Lot. Al Manzar Mont 21880
INPEI: 062088778
Tél: 05 22 51 51 82