

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.

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

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° M21- 063819

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2932 Société : RAS

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ANCHIA Mohamed

Date de naissance : 15/04/1988 CASABLANCA

Adresse : 89 RUE HAY EL AZIZ ALFA CASABLANCA

Tél. : 0664 6628 70 Total des frais engagés : 405,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/11/2021

Nom et prénom du malade : ANCHIA Mohamed Age : 33

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie

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 : 08/11/21

Signature de l'adhérent(e) : ANCHIA Mohamed

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/11/2021		1	40512	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/2021	40512

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

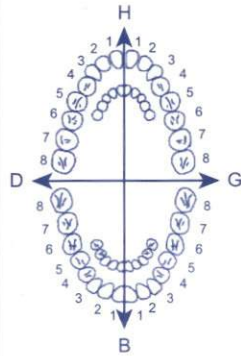
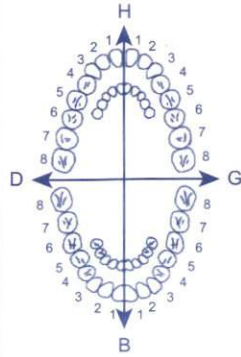
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

ORDONNANCE

Le... 08/11/24

20,00 x 2

Anchis Hour

2 clonidine (SV) 22

47,90

2 Alphan (SV) 20

47,00
PPV: 47,00 DH

2 Dron 500

24,00

4 - cotylin (SV) 10

14,00

1 Neb (SV) 2

29,00

2 Zetolox (SV) 10

14,30

2 Phofin (SV) 10

69,00

8 AZ (SV) 20

60,00

Pharmacie C
Aia 1, Rue 27 N°94 Bis
El Outhi - Jussapianca
Tel 05 22 93 43 34

LOT : 210261
AT AV : 02/2024
PPV : 14,30 DH
N LOT : (HG)

LOT: M21041
EXP: JAN 2024
PPV: 24,00 DH

Lot : 046
A utiliser de
préférence avant le : 05/2026
PPC : 79,50 DH

requ'a cicatrisation.
PPV: 140,00 Dhs

AZ® 500 mg
Astrhomycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

Signature et cachet du médecin



COVID-19
TOUS ENGAGÉS, TOUS SOLIDAIRES
SE PROTÉGER ET PROTÉGER LES AUTRES



Se laver les mains très régulièrement,
اغسل يدك بانتظام ،



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir,
قم بالسعال أو العطس في مرفقك أو في منديل ،



Utiliser des mouchoirs à usage unique et les jeter,
استخدم مناديل يمكن التخلص منها ورميها بعيدا



Saluer sans se serrer la main, ne pas se prendre dans les bras et ne pas embrasser,
اعتمد التحية دون مصافحة ، لا تعانق وتقبيل



Se distancier d'au moins un mètre de chaque autre personne autour de soi,
احترم مسافة الأمان، متر واحد عن كل من حولك



Porter obligatoirement son masque de protection pour se déplacer à l'extérieur,
ارتد القناع الواقي للخروج

20,00

LCI 21006
PE 09/24
PPV 0900

20,00

LCI 21006
PE 09/24
PPV 0900