

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educations :

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.

Prothèses dentaires :

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.

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 Fakin 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

M22- N° 000461

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1060 Société : AM634

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAKHLOUKI AHMED

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse : Hay Doumaga Rue 10 N°41 S/M

Tél. : 0644 610834 Total des frais engagés : 655 DHs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12.05.22

Nom et prénom du malade : MAKHLOUKI AHMED

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : AA-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12-04-22 | | | 100,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 12-04-22 | 555,70 |

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 canalaires, ainsi que le bilan

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

| D | H | G | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|--|----------------------|---|-------------------------|
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZZAKI Hassan

Diplômé du Centre Hospitalier

Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Interne de l'Hôpital Mohammed V

et Service des Urgences

Médecine Générale

Diplôme en Echographie

الدكتور الزاكي حسن

خريج المركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقا بمستشفى محمد الخامس

وقسم المستعجلات

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 12/04/22 في الدار البيضاء،



6 118001 03052

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

NAIG+Lunici

ATTEND

Cotareg 160/12.5

PPV: 87DH40

PER: 09/24

LOT: K2089-1

Dshibox

29,00

PPV 29 DH00

PER 17/23

LOT A3130

Dshibox

RIN+RIN

22,70

مختبر الصيدلة فارما 5
مختبر أطوار فيلاي صيدلي
باصحان

106.80 x 2
*)

LOT BF21003026.1
UT AV 09 2023
PPV 106.80 DM

LOT BF21003026.1
UT AV 09 2023
PPV 106.80 DM

BADA top 100UI ml (1)

18 UI ml

3

55570

Pharmacie DOUMA SARL
22, Annahda Hay Douma - Sidi Moumen
CASABLANCA
Tél: 05 22.70.26.46

الدكتور الزاكي حسن - STZAKI Hassan -
الطبيب العام - Médecine Générale -
مختار في الأحياء في سبي مومن
265 شارع لا أسود م في سبي مومن الجديد
الطبيب البيضاء 022.71.05.39