

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.

Pathologie 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 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° S19-0001319

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12345 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ATTIF Soufiame Date de naissance : 01-03-1982
Adresse : Lot ALKHOUDATA JMM29 ARPT5 UGASSA CATA
Tél. : 06 61 11 49 86 Total des frais engagés : # 532,10 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

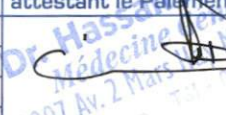
Dr. Hassan ATLAGH
Médecine Générale
1007 Av. 2 Mars Hay Mly Abdellah
Casablanca - Tél. : 05 22 971 872

Date de consultation : 8 / 4 / 22
Nom et prénom du malade : ATTIF SOUFIAM Date de naissance :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Syndrôme grippal + Douleur
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 : 22/04/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
8/4/22	C		200DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8.4.22	332,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

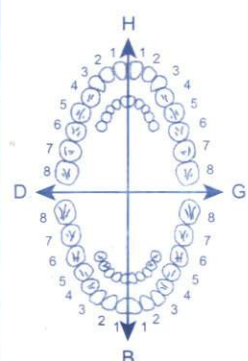
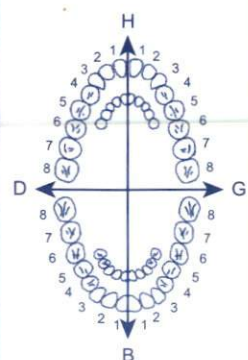
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Dr. HASSAN ATLAGH

Ancien Médecin aux Hôpitaux Militaires

Ancien médecin aux Hôpitaux du Koweït

Medecine Générale

معيضة الاملا



الدكتور حسن أتلغ

طبيب سابق بمستشفيات الكويت

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الطبيب العام

Ordonnance Médicale

وصفة طبية

Casablanca, le :

8 - 4 - 22

الدار البيضاء في :

Nom et Prénom :

ATTIF

SOUFIANE

الإسم :

PPV 79,70
PER 08/24
LOT K2178

79,70
PPV 79,70
PER 08/24
LOT K2178

الميزون

العلاج

الوخز

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

18,00

18,00

PPV 18DH00
PER 08/24
LOT K215

PPV 18DH00
PER 08/24
LOT K2216

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir benou al aoum roches
noires casablanca

INECIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 4

64055MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

118001 020591

الميزون

العلاج

الوخز

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

العلاج ينبغي للتوقف عن السحقين

2 x 79,70 / 159,40

Azix 500 n°2

18,00 x 2 / 36,00

Doliprane vit C n°2

1cp x 3 fois/j

82,10

Inexium 2

1cp le matin et 1cp le soir

2 x (avant FROUR)

Ketoderum 2% n°2

1cp x 2 fois/j

332,10

1007 شارع 2 مارس حي مولاي عبد الله الدار البيضاء : الهاتف : 0522 871 872

1007, Av. 2 Mars Hay Moulay Abdellah - Casablanca - Tél : 0522 871 872

E-mail : drhassan1963@gmail.com / www.asthme-reality.com