

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.

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- 065740

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01818 Société : M21-065740

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : NADIM ABDESSLAM

Date de naissance : 17-12-1952

Adresse : 141 Cot la Commune 95di Parisuf

Tél. : 06 29 79 88 21

Total des frais engagés : 3061,40 \$ Dhs

Docteur Mostafa BENMIMOUN

Cadre réservé au Médecin

MEDECINE INTERNE

27, Rue Ily Abou Madi (Bd S. Roudani)

Casablanca - Tél: 0522 29 82 28

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 MAR. 2022

Nom et prénom du malade : NADIM SCHEIKH Age : 56

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

Nature de la maladie : Troubles Métaboliques

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 : 2022

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
7. MAR. 2022	C5	C2	# 370.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/03/22	2711,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

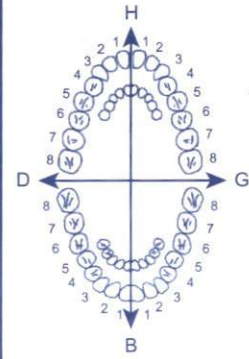
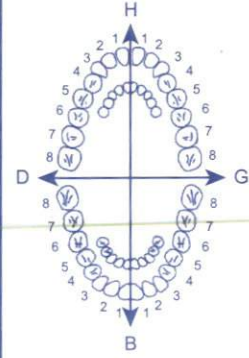
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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

L SPÉCIALISÉ

طبيب بنميمون

6 118001 102020
 Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

TRULICITY 1,5 mg
 Solution injectable (S.C)
 Style pré-rempli de 0,5 ml de solution.
 Boîte de 4
 AMMN N° 93 DMP / 21 / NNP PPV : 1171,00 DH

6 118001 102020
 Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
 Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

الاعراض الكبرى - امراض العضام والمفاصل - امراض الشرايين
 Systèmes - Maladies polyviscérales - Grands syndrômes

Casablanca le, 17 MAR 2022

LOT: 036
 PER: AUT 2022
 PPV: 58 DH 00

M^W = Najih Saeunia

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

LOT: 033
 PER: MAR 2022
 PPV: 58 DH 00

Distribué par MSD MAROC.
 AMMN N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
 P.P.V: 437,00 DH.

1171,00
 1 injectum s/c par semaine

Distribué par MSD MAROC.
 AMMN N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
 P.P.V: 437,00 DH.

(S.V) Januxet 50/1000

437,00 (x3)

Distribué par MSD MAROC.
 AMMN N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
 P.P.V: 437,00 DH.

(S.V) 13,40(x3) 24,40(x3)
 Levothyrox 100 + 50 } 150µg

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

Fluoxet 20
 1 - 0 - 0

58,00 x 2 Onifine crême

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

pharmacie locale x 3 mois
 TS 27M,40