

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.

Diagnostic 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.

Maladie chronique :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Prendre 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.

S : 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° P19- 063817

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 112842

Nom & Prénom : ANOVAR 25

Date de naissance : 16-8-58

Adresse : 95 Rue 208 Lay ERROH

Tél. : 2664495032

Total des frais engagés : 453.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 AVR 2022

Nom et prénom du malade : ANOVAR 70 ans

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

Nature de la maladie : L1A + Asclé

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 : 21/4/2022

Signature de l'adhérent(e) : Le : 21/4/2022

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 soin |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/06/2022 | | 1 | 100 DH | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| 092009518 | 21/4/22 | 453.10 |
| | 21/4/22 | 54-30 |

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 l'OD

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

| | |
|---|-------------------------|
| <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div> <div> <div>H</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> <div>B</div> </div> | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | MONTANTS DES SOINS |
| | DATE DU DEVIS |
| | DATE DE L'EXECUTION |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Salmi El Khazrafi Jalal

MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

Médecin expert assermenté
auprès des tribunaux



الدكتور السامي الخازرافي جلال

الطب العام
الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى محاكم الدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 21 AVR 2022 : الدار البيضاء، في :

Amoxicillin 2000mg

203,20 151.60
x2

Subcut 10

151,60

PRV:70DH00
PER:05/23
LOT:K1418

70.00

Civico 2

PHARMACIE AL WOUHOU
Rue des Roses, 100m de
Masjid Annon - Delhailjour
Tél:0522 36 84 30 - Casablanca
3098192

29.90

Pm 2

29,90
PRV:79DH90
PER:04/22
LOT:J1204

Non acheté

AD 8-200 500

453.10

Dr. SALMI EL KHAZRAFI JALAL
Médecine Générale
Echographie
Sidi El Khadir - Rue 23 N° 48
Casablanca
Tél (c) : 05 22 89 74 60

M

Avo. A. 12

CASA

le 21/4/22

FACTURE N° 36465

| Quantité | Désignation | Prix Unitaire | Montant |
|----------|-------------|---------------|---------|
| 01 | Parasphan | 17.30 | 17.30 |
| 01 | RINOMICINE | 22.70 | 22.70 |
| | | 14.30 | 14.30 |
| | | | 54.30 |

la présente facture est adressée
à Monsieur Guiraud duhamel

LOT : 211140
EXP : 09/2024
PPV : 14,30 DH

PPV (DH) : LOT N° : UTAV :

Parasphan®
10 comprimés effervescents

LOT DD042 1
EXP 12/2023
PPV 17DH30

22.70

PHARMACIE AL WOLLAUD
67, Rue des Roses à Coté de
Masjid Annour - Deauville
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Paten: 3303192