

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.

Radiologie 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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



S'AGIT BIEN M-L-D ?
Déclaration de Maladie

N° M21- 061393

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3710 Société : 116606

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DENNOURI MOSTAFA

Date de naissance : 30-07-1957

Adresse : 02 Rue du Tigre Résidence Samia Seta

APPT N° 01 MERS EL TAN GARA

Tél. : 0670930205 Total des frais engagés : #643.607 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rachid Ep Dennouri Saoumi Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension Artérielle

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 : 26/05/2022


Signature de l'adhérent(e) :

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
19.05.22	S		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/22	643.62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

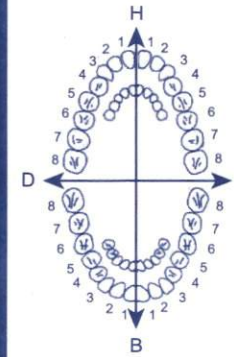
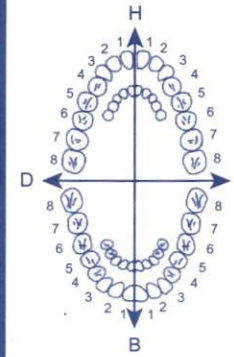
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

14010042

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée6 118001 130184
PPV: 79,90 DH //NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée6 118001 130184
PPV: 79,90 DH //NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée6 118001 130184
PPV: 79,90 DH //NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée6 118001 130184
PPV: 79,90 DH //**Dr Hind EL FILALI ADIB**

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV: 79,90 DH //NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée6 118001 130184
PPV: 79,90 DH //

الدكتورة هند الفلالي

أخصائية في أمراض

أخصائية في قسطرة

خريجة كلية الطب بـ

فحص القلب بالصدى

إعادة التأهيل القلبي

19 mai 2022

RACHID EP DENNOURI SOUMIYA**NATRIXAM 5/1.5**1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MATIN**INEXIUM 20MG**1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MATIN A JEUN**REGIME PAUVRE EN SEL**PHARMACIE ABOU SOULAIMANE
GHIZLANE LARABI
Rue Moulay Idriss El Khattabi
Casablanca - Tel: 0522 82 90 44SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al soum roches
noirex casablanca
INEXIUM20 mg Cpr GR
Boîte 14
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al soum roches
noirex casablanca
INEXIUM20 mg Cpr GR
Boîte 14
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591PHARMACIE ABOU SOULAIMANE
GHIZLANE LARABI
4, Rue Abou Soulaïmane El Khattabi
Casablanca - Tel: 0522 82 90 44Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
1-0, Bd. My Idriss - Résidence My Idriss
2ème étage - N°4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 78
ICE: 001625537000091PHARMACIE ABOU SOULAIMANE
GHIZLANE LARABI
4, Rue Abou Soulaïmane El Khattabi
Casablanca - Tel: 0522 82 90 44