

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

- ☐ Réclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 068113

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2459 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 123281
 Nom & Prénom : ELoujani Med
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél : 0600362482 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : MALADIE CHRONIQUE HTA
 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° : 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/07/22	269,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

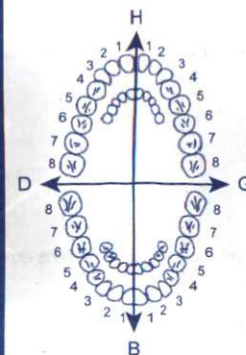
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Le praticien

Important
Veuillez joindre

SOINS DE

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide
28 Comprimés

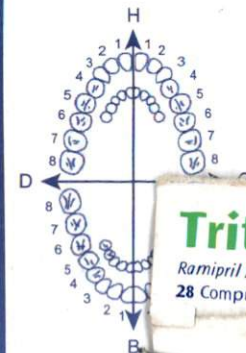


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide
28 Comprimés

VISA ET CACHET

HONORAIRES

in indi

seme

ent

كارديجيك

160 ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 22E001
PER : 07 2023
6 118001 081189

كارديجيك

160 ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 21E012
PER : 05 2023
6 118001 081189

كارديجيك

160 ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 21E008
PER : 12 2022
6 118001 081189

DATE
L'EXE

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE MANDARONA
CASABLANCA SARLAU
Bloc F, Rés. ENNAKHIT
Sidi Maârouf - CASABLANCA
Tél: 0522 33 56 99

CASABLANCA LE 20/07/22

PHARMACIE MANDARONA

Bd Aboubakr Al Kadiri Residence Ennakhil

Bloc (F) Sidi Maarouf Casablanca

TEL 05 22 33 56 99

ICE :000204575000043 R.C274675

Patente 37983490

Facture N°

[illegible]

PHARMACIE MANDARO
CASABLANCA (MAROC)
Bloc F, Ras ELNAKHJ
Sidi Maârouf - CASABLANCA
Tél: 0522 33 56 99