

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº P19-

054567

12/13

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 53.16 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mr JABER Mohamed

Date de naissance : 31-12-1954

Adresse : Rue 9 N° 169 Lotissement Sidi Abdennour

... OULFA - CASA

Tél. 06 34 65 62 19

Total des frais engagés : 926,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Centre d'Urologie
Professeur Saâd BENJELLOUN
Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs
Casablanca Tel : 0522 ER 01 12/13/1

Date de consultation : 28 JUIL. 2022

Nom et prénom du malade : Mr JABER Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

Éfant

Nature de la maladie :

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 : 01/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
28.III.2022		3	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/07/22	926.45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre d'urologie

Pr. Saad Benjelloun

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

PPV: 62DH70
PER: 12/24
LOT: K3491

Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/14

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

PPV: 62DH70
PER: 12/24
LOT: K3491



SABER. Med.

26f.00x3

or XATRL. (10mg)

PHARMACIE SAIB
SARL AU
Dr. Zakaria SAIB
154 Bd. Oued Daoura
El Azhar Oufra Casa
Tel. 05 22 91 16 54

X 3 mois.

ACP SOIR



62.70x2

X UROST.

X 3 mois.

1/2

1/2

matin

soir



926.40

ICE : 001638312000001

Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/14

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : MR JABER Mohamed	
Matricule : 5316	N° CIN : M10176
Adresse : Rue 9 NR 169 Latissement Sidi Abdellah - Casablanca	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE : 001638312000001. N° INPE : 091023102.	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : CASA le 26 JUIL/2022	
Cachet et signature du médecin traitant : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Centre d'Urologie Professeur Saâd BENJELLOUN - Chirurgien Urologue - Ancien Chef du Service d'Urologie Casablanca. Tél. : 0522 88 01 27/13/14 </div>	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées