

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 canaux, 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

Mails utiles

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

Document de statut : adhesion@mupras.com

de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'ég

bdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0023240

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7364 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MENOUY AMINE

Date de naissance : 23/05/1970

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/05/22

Nom et prénom du malade : Benis kaoutar Age :

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

Nature de la maladie : trouble digestif

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 30/05/22

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
30/08/22	Contrôle	Gratuit		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/09/2022

232.10

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 de l'ODF.

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

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

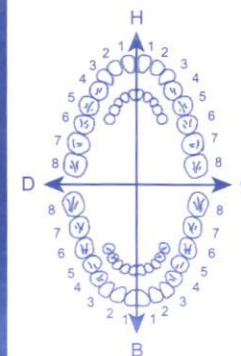
Coefficient
DES TRAVAUX

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

Dr Kessou Imane



الدكتورة قسو إيمان

- Lauréate de la faculté de la médecine et pharmacie Casa
- Ancien Medecin Interne à CHP Sekkat Casa
- Echographie
- Electrocardiogramme (ECG)
- Suivi de grossesse
- HTA et Diabète

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالبيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمشفي السقاط بالبيضاء
- الفحص بالصدى
- تخطيط القلب
- تتبع الحمل
- الضغط الدموي و السكري

Casablanca Le : 30/03/22

PHARMACIE D'URGENCE
38, Lot Moustakbal L32 GH 14 RDC N° 1 - Sidi
Doktor Kessou Imane
Casablanca - Tel : 0522 33 50 34

kaw tar beanni's.

ALGANTIL® 200 mg

PPV 14DH90
EXP 06/2024
LOT 16014 2

PPV 14DH90
EXP 10/2024
LOT 100113

- Algantif 200 (S.V) 1 rep/jr

2 x 14,80
= 29,80

- odes 20 (S.V) 1 rep/jr

2 x 30,00
= 60,00

- hemoferst 600 (S.V) 1 rep/jr

3 x 14,50
= 43,50

- Neofortan 160 (S.V) 1 rep x 2/jr

98,80

T= 232,10

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 06/2024
LOT 16068 2

LOT 210384
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

LOT 211320
EXP 03/2024
PPV 30.00DH

Lot Moustakbal L32 GH 14 RDC N° 1 - Sidi
Fix : 05 22 33 50 34 - Email :
سفلي الشقة رقم 1 سيدي معروف - الدار البيضاء