

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

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- 042300

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Date de naissance : 03-03-1957

Adresse : DB EL MANIR Rue 71 N° 43

Tél. : 06 66 18 87 48 Total des frais engagés : 320,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatima Zahra ARROUB
Médecin Commandant
Infirmerie de Garnison
de Casablanca
INPE: 091229179

Date de consultation : 01/12/2022

Nom et prénom du malade : ZERRAD Saadia Age :

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

Nature de la maladie : Crise hémorroïdaire + Rhume

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
01/12/2022	C	G		Dr. Fatima Zohra ARROUB Médecin Commandant Infirmière de Garnison de Casablanca INPE: 091229179

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dakhoul sari al Docteur en Pharmacie 262, Rue La Croix Lot, Ouled Ziane Tél: 05 22 22 22 22	01/12/22	320,70

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte et la nature des soins. PPV: 140,00 Dhs

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèse, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	COEFFICIENT DES TRAITEMENTS	MONTANT DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D	G			00000000	00000000		
H		G																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D	G																									
00000000	00000000																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D	G			00000000	00000000		
	H		G																							
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D	G																									
00000000	00000000																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN																										

MEBO 0,25%
Pommade dermique
Tube de 30 g
6 118001 010110

LOT: 201833
PER: 12-2023
PPV: 19,30DH

Titanoréine
12 Suppositoires
6 118000 080510

daflon 500mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 100041

122,70

Rinomicine* boîte de 10 sachets
6 118000 090762

LOT : 8057
UT.AV : 03-25
PPV : 22DH70

LOT: 200427
PER: 03-23
PPV: 16,00DH

Titanoréine à la lidocaïne 2%
Crème
6 118000 080503

Casa le 01/12/2022 في

Dr. Fatima Zahra ARROUB
Médecin Commandant
Mme Sabia ZERRAD
Infirmière de Casablanca
INPE: 091229179

12,70
1) Doffon 500mg

2gr x 3 1/2 J1 J2 J3
2gr x 2 1/2 J4 J5 J6 J7
puis 1gr x 2 1/2

14,30
2) Titaneïne Suppo

1 Suppo 1/2 le soir

16,00
3) Titaneïne Crème

une application après chaque

14,00
4) Mdo penmode

une application x 3 1/2

22,70
5) Rinomicine

1/2 x 3 1/2
T = 320,70

Dr. Fatima Zahra ARROUB
Médecin Commandant
Infirmière de Casablanca
INPE: 091229179