

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W21-771740

156671

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10190		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TRADY RADOUA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CND N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA André ACHOUR 61, AV. des F.A.R. Casablanca Tél.: 0522 31 10 40 - 0522 31 10 09	PHARMACIE M. André ACHOUR 61, AV. des F.A.R. Casablanca Tél.: 0522 31 10 40	1026,90 13170 115860

ANALYSES, RADIOPHARMACIES

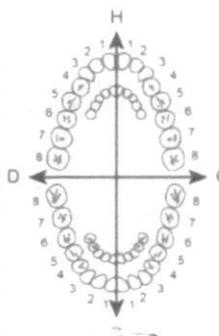
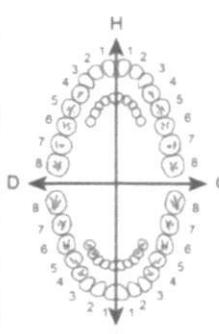
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées	Soins	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		D 00000000	G 00000000	MONTANTS DES SOINS
		B 35533411	B 11433553	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				

صيدلية مرحبا

Pharmacie Marhaba

André ACHOUR

Diplômé de la Faculté de Marseille

61, Avenue des F.A.R. - CASABLANCA

Tél. : 05 22 31 16 40 - Fax : 05 22 31 43 69

R.C. 118264 - I.F. N° 43900800

ICE N° 001667749000020 - INPE N° 092041391

Casablanca, le 4/4/23

FACTURE N°

MILLE EL MARI Rifi YA Cour.

DOIT

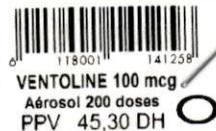
3	Ventalin	45,30	135,90
3	Sympatone	297,00	891,00
1	N.B. Soother		1026,90
<i>SYNTHMEDIC 22 rue soueibr bnoi al aquam roches noires casablanca SYMBICORT TURBUHALER 200ug Pdr spinh Flacon de 120 doses 10474 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,00 DH 6 118001 020706</i>			



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

TRADY FADOUA

Matricule :

10120

N° CIN : BE 52 1532

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

NASONEX® 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131.70DH

Distribué par MSD Maroc



6 118001 150199

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : DR Stéphane Boudid

Spécialité : pneumologue

N° ICE :

N° INPE : 091051572

Certifie que Mlle, Mme, M. :

EL HADDOUKI YACOUTE

Nécessitant un traitement d'une durée :

 < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

- Asthme Allergique
- EPN Très forte ventilation obstructive

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Spiralat + Vancor + Ventoline aero + solutab

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 10/02/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

RACHID EL KHETTAR
Pneumologue
Rue Boukrat - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 71
ICE: 00156453300041

*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