

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- 068274

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659 Société : RAM 164797
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAHJOURI Mohammed
 Date de naissance : 1/1/1950
 Adresse : 317 lot la marina 1. Hassan
 Tél. : 066457866 Total des frais engagés : 750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

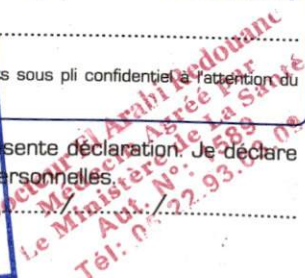


Date de consultation : 06/06/2023
 Nom et prénom du malade : MAHJOURI Mohammed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ARCE Dentaire + DNTD
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 12 JUN 2023
 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
06/06/23			150 000 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/06/23

PHARMACIE AL MIZA

599,40

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

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 :

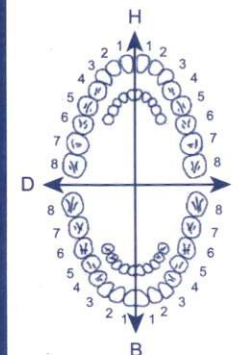
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

[Création, remont, adjonction]

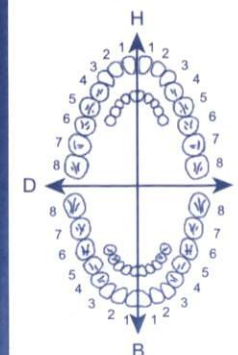
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Redouane El ARABI

Médecine Générale

Médecin Agréé Par le Ministère de la Santé

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision



الدكتور رضوان العربي

الطب العام

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

الختان

Casablanca, le :

06/06/2023

MAHJoubi

PPV 85DH80

LOT 290111

EXP 10/2024

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg

15 gélules Voie orale

PPV

LOT

PER

28,80

85,80

1- FLOXAM

28,80

2- VITAN EVRIE FOR

79,00

3- ME F

79,00

82,10

4- E

LOT 20004

PER 05/22

PPV 82DH10

38,20

5- DIFAL

DIFAL[®]

Diclofenac sodique - Gel 1%
Tube de 50 g

P.P.V. : 38,20 DH

6 118000 191353

14,30

6- R

LOT : 191613

UT AV : 11/2022

PPV : 14,30 DH

05 22 93 03 09 : الهاتف - الماتف - رقم 141 الطابق السفلي - الشقة رقم 2 الدار البيضاء - الهاتف

141, Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura-RDC N°2 EL Oulfa-Casablanca-Tél.: 05 22 93 03 09

28,00 x 6 45,20 x 6 = 271,20

Ceftriaxone 850 (06mm)

1 - 0 - 1

PHARMACIE AL MIZA
Med. Alg. Gueissous
Pharmacie

Lot Al Khail - Im. A3 - Lissasfa
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 93 19

PHARMACIE AL MIZA
Med. Alg. Gueissous
Pharmacie

Lot Al Khail - Im. A3 - Lissasfa
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 93 19 29

45,20
EXP 11/2027
PPV 45.20DH

45,20

LOT 221622
EXP 11/2027
PPV 45.20DH

LOT 221622
EXP 11/2027
PPV 45.20DH

45,20