

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.

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° P19- 055087

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1259 Société : R.A.M. 166697
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NASS Salah
Date de naissance : 01.01.1950
Adresse : rue 33 N°36 ALIAA OULFA - CASA
Tél. : 0662807355 Total des frais engagés : 560,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2023
Nom et prénom du malade : NASS Salah Age : 71
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Digestive
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 : CASA Le : 20/06/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
20/10/2023	CS		300 000	<p>Docteur AKMAL HEPATO GASTRO-ENTÉ 710, Bd. Oued Sabou Lemie El Oulia - Casablanca</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/06/23	260.80

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/06/23	260.80

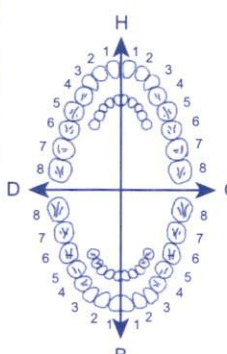
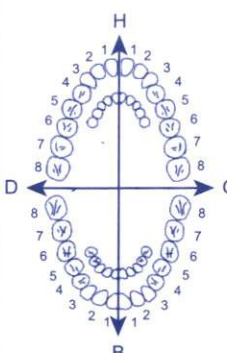
[illegible][illegible][illegible]

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													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>												
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	G		B	
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	G															
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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



					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

	H	Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>								
	D B G	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th align="left">H</th><th align="right">G</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">25533412 00000000</td><td align="center">21433552 00000000</td></tr> <tr> <td align="center">00000000 35533411</td><td align="center">00000000 11433553</td></tr> <tr> <th align="left">D</th><th align="right">B</th></tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	D	B	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
H	G										
25533412 00000000	21433552 00000000										
00000000 35533411	00000000 11433553										
D	B										
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AKKAL Noura Ep. Marchane



نورة عقال نورة
رم مرشان

CARBOSYLANE
de 48 gélules (24 do
PPV 44.80 DH
118001 070886

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif,
du foie et Proctologie
Echographie abdominale
Endoscopie digestive

مراض الجهاز الهضمي
المعدة والبواسير

SPV: 34DH40

PER: 09/25

LOT: L3274-1

2012

PER 12/24

SPV 144DH50

Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès
Ancienne Médecin du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée en proctologie de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômée en Diététique Médicale et Nutrition de la Faculté
de Médecine de Fès

الطب والصيدلة بفاس
بمستشفى ابن سينا الجامعي بالرباط
في علاج أمراض الشرج والبواسير بكلية الطب بالرباط
في علم التغذية الطبية والحمية بكلية الطب بفاس

PERIDYS 1MG/ML

USP BUV F200ML

P.P.V : 37DH10

118000 011255

2016/03

Nasr Salala

44.30

Carbosylane

2

34.40

Mese x 21 07r

2

Malgyl 80 mg.

2

144.00

25r x 2f

Après repas 08r

3

Esac

Après repas

3

37.10

Agel x 2f

Après repas

5

Peridys 50mg

3

10cs x 3r

Après repas 07r

260.80

Docteur AKKAL Noura
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
710, Bd. Oued Sebou 2ème
Etage - Casablanca