

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

96801

Déclaration de Maladie : N° S19-0046250

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4236** Société : **QAT**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HARAKAT Wafa** Date de naissance : **25-06-1954**

Adresse : **Dr Nalak Rue Jid Agoutki - C12 - Casab**

Tél. : **0683 444000** Total des frais engagés : **1307,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AKRIM Mohamed
Cardiologue Interventionnel
INPE: 071303283

Date de consultation : **25/12/2024**

Nom et prénom du malade : **HARAKAT Wafa** Age : **69**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Hypertension artérielle + palpitations**

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 : **Casab**

Le : **24/12/2024**

Signature de l'adhérent(e) : 

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
25/12/23	Consultation	1	130	Dr AKRIM Mohamed Cardiologue Interventionnel INPE: 071303283

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL SOURIS Melle EL HADJ AÏSSA MOUNA 7, rue Aïssa Mouna - Casablanca - Tél: 05 22 38 21 85	25/12/23	130

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552	00000000	MONTANTS DES SOINS
	00000000	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	35533411	11433553		DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
<img alt="Diagram of the dental arch with numbered teeth				

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

208,00

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

208,00

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

208,00

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

208,00

6
208,00

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
PER : 12/2025
LOT : 23E003V
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
PER : 03/2026
LOT : 23E005
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
PER : 03/2026
LOT : 23E005
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
PER : 03/2026
LOT : 23E006
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
PER : 03/2026
LOT : 23E006
6 118000 010227

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés
PPV: 14DH00
PER: 05/24
LOT: K1530
6 118000 040972

فوسيدين®
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

Fucidine® 2% pommade
Tube de 15 g
6 118000 120575