

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-837638

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 482 Société : 197634
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMRI RAHMAN
 Date de naissance : 1941
 Adresse : SALM: AP 2321 M28 N° 07 CASABLANCA
 Tél : 0656212055 Total des frais engagés : 214 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/01/2019
 Nom et prénom du malade : ADRIEN RAHMAN Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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

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
26	27 2014	166	166	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/24	307,40

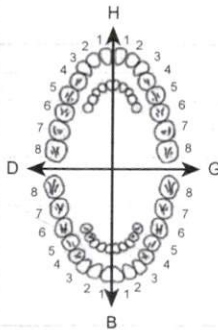
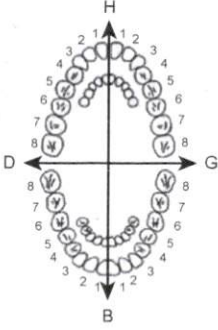
[illegible][illegible]

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																							
					<input type="text"/>																							
					MONTANTS DES SOINS																							
					DEBUT D'EXECUTION																							
					<input type="text"/>																							
					FIN D'EXECUTION																							
					<input type="text"/>																							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>									
	H																											
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	G																											
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																										
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
					DATE DU DEVIS																							
					<input type="text"/>																							
					DATE DE L'EXECUTION																							
					<input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

الدكتور أحمد بيداني
Docteur Ahmed BIDANI
Cardiologue
226, Boulevard Al Joulane
Salmia 2 Casablanca
Tél: 05 22 38 01 47
ICE: 002115854000092
I.N.P.E: 092004506

Casa, Le: 26.02.2024

43,00
x2 86,00
1/ ANGLOR 5mg (2)

34,70
4/ S-CORT 20mg

20,00
3/ VERZOL 400mg

31,30
4/ 2/ Loric 200mg (2)

22,70
5/ Rimonic 20mg

307,40
X 03

19,20

4/ EUCALYPTINE LEBRUN

18,00

4/ PULNO-FLUIDE

58,00

3/ INDOCOLLYRE 0,1%

17,50

ASDO 500mg

PHARMACIE FADILA-CASABLANCA
Mme FILALI GUENOUN Ibtissam
226, Boulevard Al Joulane
Salmia 2 Casablanca
Tél: 05 22 38 01 47
ICE: 002115854000092
I.N.P.E: 092004506

الدكتور أحمد بيداني
Docteur Ahmed BIDANI
Cardiologue
226, Boulevard Al Joulane
Salmia 2 Casablanca
Tél: 05 22 38 01 47
ICE: 002115854000092
I.N.P.E: 092004506

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/ رقم النعفة
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج H9648
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 05-2023
AMM N°155/DMP/21/NRODNM 10-2024
6118001270088
66671

LOT: 23122 PER: 06/2026
PPV: 20,00 DH

PPV: 43DH00
PER: 07/25
LOT: M2688

PPV: 43DH00
PER: 09/25
LOT: M3248

PHARMA3
LOT : 7542
UT.AV : 09-26
PPV : 22DH70

LOT 231387
EXP 04 2027
PPV 31.30

UT. AV :
PPV (DH) : 34,70

PPV (DH) : 19,00
LOT N° :
UT. AV. :

829010000811
EUCALYPTINE LE BRUN
P.P.V. : 190H20
LOT 23E024
PER 10 2025
31800 FL 125 ML

LOT : 5713
PER : 07 - 26
P.P.V. : 17 DH 50

LOT 231944
EXP 05 2027
PPV 31.30