

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0053837

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05467 Société : 198204
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SEHNAI Nana
Date de naissance : 24/12/1954
Adresse : Ave doct Sijlmani Résidence Faghaout
n° 4 Casablanca
Tél : 0643969353 Total des frais engagés : 457,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Rachid BEN MALLEM
Médecine Générale
265, Bd. Dakila - Hay Al Mouana-Berrechid
Tél : 05 22 53 30 73
Date de consultation : 05/03/2024
Nom et prénom du malade : Sehnaoui Nana Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA - diabète Type 2 obésité
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 05/03/2024

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

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
05/03/24		1	280011	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BOUCHAMA Dr Imane BOUCHAMA Lot 5, Lotissement SFA2 N°6 Tit Melil - Casablanca Tél.: 05 22 02 17 07	05/03/24	457 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

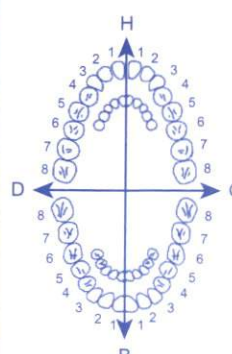
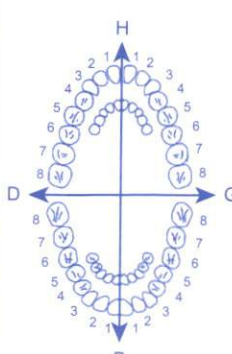
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	G															
	B															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Prescrit par : Le : 06-03-2024

Nom :

Age :

Sehmani Naïma
139.2

1) Dilène 1/300g

PPV 139,20
LOT
PER

78.70 + 54.30

(S.V)

2) Diamon 1/60g

Pharmacie BOUCHAMA
Dr Imane BOUCHAMA
Lot 5, Loussoum SFA2
Tik Mellil - Casablanca
Tél.: 05 22 02 17 07

116.00

3) Néoclar

(S.V)

LOT : 3008
PER : 03-25
P.P.V : 116DH00

40.00

4) Ebimel

(S.V)

PPV 40DH00
EXP 06/2026
LOT 32011/17

29.00

5) Alora

(S.V)

LOT: M1071
PER: 06/2025
PPV: 29,00DH

Cachet:

Dr. Rachid BEN MAJLEM
Médecine Générale
265, Bd. Dekila - Hay Annouira - Benachid
Tél.: 05 22 53 30 73

Date de la prochaine visite:

T = 457.20