

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.

Biologie 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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.

Prothèse :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com
Personne en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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- 0043661- E

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21151 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HILAL HAKIMA

Date de naissance : 11/1/1965

Adresse : 129 B - ROUENNE IML App 20

Moulin CASA BLANCA

Tél. : 066178650 Total des frais engagés : 18657 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TRIBKI YASMIN
Néphrologie
CHU. Ibn Rachid Casablanca

Date de consultation : 25/09/19

Nom et prénom du malade : HILAL HAKIMA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : greffe rénale

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 : 25/09/19

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
27 SET. 2019 CEUTA		486'57€

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'occlusion.

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
					MONTANTS DES SOINS													
					DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



Casablanca, le : 25/09/2019

ORDONNANCE

Docteur :

M^{me} H LILA HAKIMA

Prograf 1mg

1 - 0 1

486,37 €

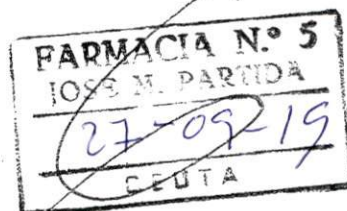


Dr. TRIBKI YASMINA
Néphrologie
CHU. ibn Rochd - Casablanca

Revellín, 7 51001 Ceuta

Teléfono 956 512811

D./Dña.....

[illegible]

FARMACIA

Ldo. José María Partida Figuerola

Paseo del Revellín, 7

Ceuta

DNI/NIF: 45035561-C Fecha: 27/09/19 17:25

Tfno: 956512811 Factura simpl.: D-072097

Descripción	Ap	Cd	PVP	Import
PROGRAF 1 MG 60 CAPS	43	7	71,93	486,57

T. Dispensado 503,51 486,57

Total 486,57

IPSI INCLUIDO

Le ha atendido: JUAN ANTONIO

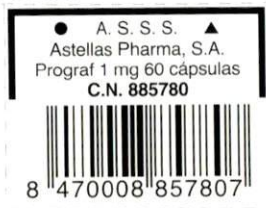


Prograf® 1mg cápsulas duras

Tacrolimus

Vía oral

60 cápsulas duras



885780.7
DHO



astellas

PC:
Lote:
CAD:
SN:

08470008857807

1E3459A

10 2021

301723636866

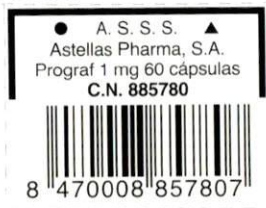


Prograf® 1mg cápsulas duras

Tacrolimus

Vía oral

60 cápsulas duras



885780.7
DHO



astellas

PC:
Lote:
CAD:
SN:

08470008857807

1E3459A

10 2021

301723636866

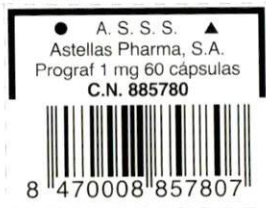


Prograf® 1mg cápsulas duras

Tacrolimus

Vía oral

60 cápsulas duras



885780.7
DHO



astellas

PC:
Lote:
CAD:
SN:

08470008857807

1E3459A

10 2021

301723636866

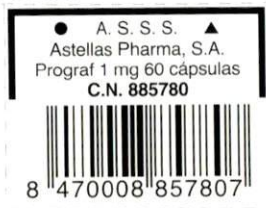


Prograf® 1mg cápsulas duras

Tacrolimus

Vía oral

60 cápsulas duras



885780.7
DHO



astellas

PC:
Lote:
CAD:
SN:

08470008857807

1E3459A

10 2021

301723636866

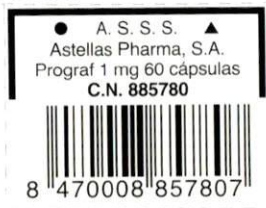


Prograf® 1mg cápsulas duras

Tacrolimus

Vía oral

60 cápsulas duras



885780.7
DHO



astellas

PC:
Lote:
CAD:
SN:

08470008857807

1E3459A

10 2021

301723636866

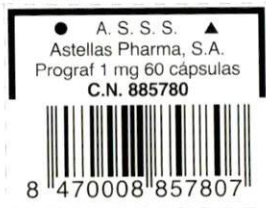


Prograf® 1mg cápsulas duras

Tacrolimus

Vía oral

60 cápsulas duras



885780.7
DHO



astellas

PC:
Lote:
CAD:
SN:

08470008857807

1E3459A

10 2021

301723636866

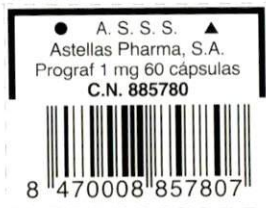


Prograf® 1mg cápsulas duras

Tacrolimus

Vía oral

60 cápsulas duras



885780.7
DHO



astellas

PC:
Lote:
CAD:
SN:

08470008857807

1E3459A

10 2021

301723636866

