

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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- 0011491

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ATIRANI Bouchaib Date de naissance : 02/10/1951
Adresse : 137 Lot Hajj Faleh N°5, oulfa, Maroc
Tél. : 06.66.19.86.24 Total des frais engagés : 579,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 SEP 2019
Nom et prénom du malade : ABDELLAOUI EPAMRANTOURA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint- ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
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 : 02/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] AGCUEIL

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canaux, ainsi que le b

SOINS DENTAIRES		Dents		Nature des Soins		Coefficient

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

12 SEP 2019

$(2+)$
Vas
downwards

350100045

Cachet et signature du Médecin attestant le Bon état des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

999,95

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

date

Designation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

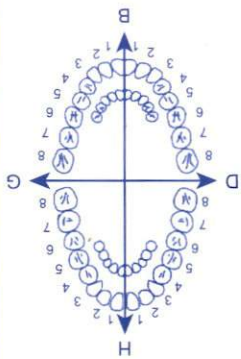
AM

PC

Nombre	C
	II

Montant détaillé des Honoraires

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H

	B	
	35533411	00000000
	11433553	00000000
G		
	25533412	00000000
	21433552	00000000

(Création, remont, adjonction)

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU

DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmogiste



Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser

الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 12/09/2009

M. ABOLLOUNI GO ANKAWI TAVIN

PPV: 40DH40

PPV: 40DH40

1) Examen cell. N° 2
24/09/2009

10

2) Lot exam cell
24/09/2009

15

3) Lame m. s. c. d. l. en exam

Tableau A (Liste I) جدول أ (اللائحة أ)
Distribué par Zenith Pharma
AMM Maroc N° 32 DMP/2MINNP
رت المغرب رقم:
PPV = 112,50 DH

ZENITH PHARMA

PPC: 35,95 DH

400, Bd Brahim roudani - Casablanca - Tél : 05 22 25 48 88 / 05 22 25 70 88

400 شارع ابراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 70 88 / 05 22 25 48 88