

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.

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



MLD

02334

Déclaration de Maladie : N° P19-0017060

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02334 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Nadjia Abdellah Date de naissance : 09/01/2019
Adresse :
Tél. : 0770310168 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

21 OCT. 2019

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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) :

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
PHARMACIE Abdelhakim Dr. BENSLIMANE Mohammed Résidence Al Amal Imm. 7 N° 4 Errahma, Dar Bouazza - Casablanca Tél 05 22 65 85 70	15/11/2019	702,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

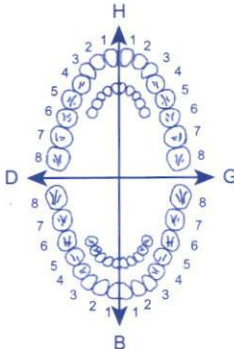
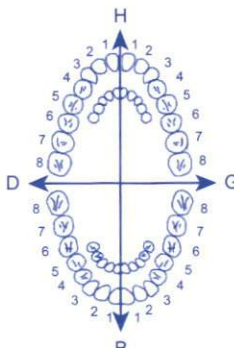
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G		Coefficient			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				MONTANTS DES SOINS		
					DATE DU DEVIS	
						DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7
Ikamat Al Amal, Errahma,
Casablanca.
Téléphone : 0522.65.85.70
Patente N° :



FACTURE

Facturé à :

Date :

N° Facture :

Pour : Achat de médicaments

PHARMACIE Abdelhakim
Dr. BENSLIMANE Mohammed
Résidence Al Amal Imm. 7 N° 4
Errahma Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 65 85 70

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Prix Total
Madopar 150	02	298.00	596.00
STILNOX	02	56.60	113.20
Total	04	354.60	702.20



PHARMACIE Abdelhakim
Dr. BENSLIMANE Mohammed
Résidence Al Amal Imm. 7 N° 4
Errahma Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 65 85 70

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Voie 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH
6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Voie 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH
6 118001 050697

LOT : 9MA033
PER : 01 2023
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 9MA034
PER : 01 2023
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

Le 11/06/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	Dr. SAMI Mustapha Neuro-Chirurgien 39, Bd. Rahal El Meskini Tél.: 0522 31 44 76 - Casablanca
Certifie que Mlle, Mme, M :	N ADIF Abdelkhal
Présente	Diabète insulino dépendant - HTA - Pathologie Glaucome - Malvoyant
Nécessitant un traitement d'une durée de:	a vie
Dont ci-joint l'ordonnance:	voir ordonnance
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois