

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET LANCER 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 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 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- 051413

ND: 33560

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3007 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJBAR ABDELALI

Date de naissance : 1-1-53

Adresse : Habitat -

Tél. : 0624094010 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ASLY MOUNA
Professeur Assistant
Médecine Physique
Hôpital Cheikh Khalifa
INPE : 091185367

Date de consultation : 13/11/20

Nom et prénom du malade : MC MAJBAR Abdelali Age : 67

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

Nature de la maladie : Lombalgie

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 : 23/11/2020

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
13/07/20		5	5	Dr. ASLY Professeur Assistante Médecine Physique Hôpital Cheikh Khalifa INPE : 05 22 58 08 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BELLA MADINA Dr. Rachid MAJBAR 8, Bd. Tetouan Californie Casablanca - Tél: 05 22 52 58 08 - Gsm: 06 61 25 45 50	13/07/20	1591,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

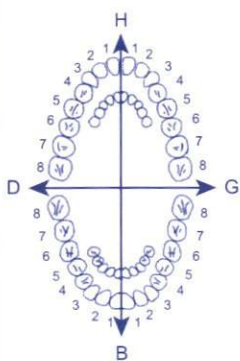
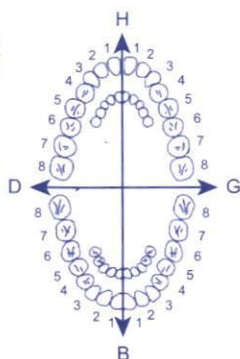
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
B. F. 2						

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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><tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td colspan="2"></td></tr></table>				H		H		25533412	21433552			00000000	00000000			D			G	00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																														
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D			G																													
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	B																																
	[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



13/11/20

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

H. HASSANI

487, x2

1/1 Lysine

0 - 0 - 1 - x

pus 1 - 0 - 1 - x

pus 1 - 1 - 1 - x

53.10

2/ Relaxol x
188.00 x 3 x 2/5

3/ Piascledine 300
188.00 x 3

PHARMACIE BELLAM
Dr. Rachid MA
98, Bd. Tetouan
Casablanca
Tél.: 05 22 52 38 08 - G
Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00

6 118001 170678

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00

6 118001 170678

LOT : 19E009
PER.: 10/2022
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

PIASCLEDINE® 300MG
Boite de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG
Boite de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG
Boite de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

118001 072644

6 118001 072644

وصفة طبية
Ordonnance

13/11/16

Casablanca, le :

M. HABIB Attelab

Lombalgie L₅-S₁ gauche

⇒ 10 séances de rééducation, (2x15min)

- Massage décontractant

- Physiothérapie : US - TENS - IR

- Etirement musculaire ds L₅-S₁,
muscle piriforme

Dr. **ASLY Mouna**
Professeur Assistant
Médecine Physique
Hôpital Cheikh Khalifa
N° 091186387