

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-543211

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 16 Société : 48919

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUFAH SMIL

Date de naissance : 01/10/1969

Adresse : Meure adresse

Tél. : 0661512353 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

07 NOV. 2020

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. TOUFAH SMIL

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

Nature de la maladie : MJA

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 03 / 11 / 2020

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



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
2 NOV. 2020	C	2	2500	INP : 091130

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fourme	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HND Lot. Municipal Bloc N°516 Bis Hay Hassani Casa - Tel.: 0522 914 457	02 novembre 2020	1324.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

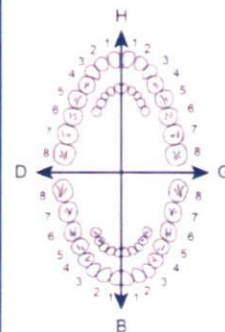
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

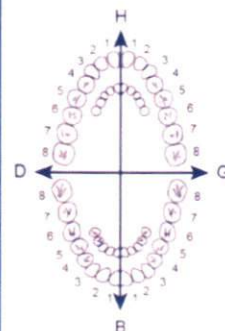
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
D	25533412
G	00000000
B	00000000
	35533411
	11433553

(Creation, remont, adjonction)
Fonctionnel. Therapeutique. necessaire a la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur M. SOUALY
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



البكتورة م. اسوالي
اختصاصية في أمراض القلب
خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

02 NOV. 2020

M^r TOUFRAIA
208.00 x 4

SSMAIL

Pharmacie HIND
Lot. Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tél.: 0522 914 457

- COVERAM 5mg

72.00 x 4

Detensol P.

20.70 x 4

Kardoligic

Traitement de l'urticaire

82.00

SSAC 2mg

1324-50

Sur Rendez-vous

بالموعد

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38

LOT : 20E010
PER : 11 2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 19E001
PER : 10 2020

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E008
PER : 06 2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 19E006
PER : 06 2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
Distribué par Cooper Pharma



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

7862160236



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
Distribué par Cooper Pharma



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
Distribué par Cooper Pharma



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
Distribué par Cooper Pharma



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

7862160236



LOT 20002
PER 10/21
PPV 32DH70
82,40

208,00 ←



208,00 ←



Nom: TOUFAH ISMAIL

Date de naissance: 01/01/1949

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 2216N°5

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 02/11/2020 14:05:21

1/1

