

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 055079

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3082 Société : 48635

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

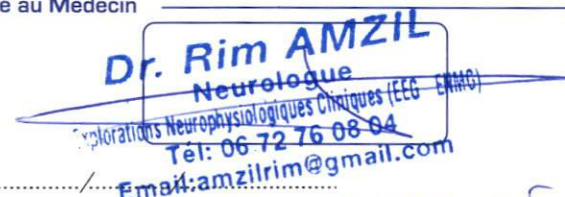
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.63.13.72.09 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL KASSAB EL ELAMIN HANA

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

Nature de la maladie : Epilepsie

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 :

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
16/11/2020	U		3822	Dr. RIM AMZIL Neurologue Explorations Neurophysiologiques Cliniques (EEG) Tél: 06 72 76 08 04 Email: amzilrim@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/2020	574,70

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'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 16/11/2020

Docteur :

EL HATTAB EL IBRAHIMI

99,90 x 3

123804

1/ Tegretol

400 mg

89,00

1 - 1 - 1

2/ D-stress

booster

sachet

99,00

1 sachet

3/ Tlc 2

cp

99,00

1 cp / j

4/ Magmine

300 mg

cp

0 - 0 - 1

poit 6 sem

574,70

Dr. Rim AMZIL
Neurologue
Neurophysiologiques Cliniques (EEG - ENMG)
Tél: 06 72 76 08 04
Email: amzilrim@gmail.com

Dr. Rim AMZIL
Neurologue
Neurophysiologiques Cliniques (EEG - ENMG)
Tél: 06 72 76 08 04
Email: amzilrim@gmail.com

P.P.C
99.00 DH

gia®

C206/20 EXP06/23

M3763 0323

LOT

PER

Prix

99.00

99,00

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé

NOVARTIS

PPV : 93,00 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

NOVARTIS

PPV : 93,00 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé

NOVARTIS

PPV : 93,00 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

Lot: 2053-00481

Exp: 01/2023

PPC : 89 DH

HYPHADIET,

9 Rue Rahal Meskini, FEZ VN,

Tel : +212 535651998

www.hyphadiet.com

Autorisation N°

0A2018151507445DMP/20UCA /MAV2