

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

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° P19-0032692

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04804

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LA AKISSI Abdelilah

Date de naissance : 13-01-1960

Adresse : BAIDI 3 No 25 BERRECHID

Tél. : 0666353691

Total des frais engagés

1104 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/2020

Nom et prénom du malade : LA AKISSI Abdelilah

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Rischelique HTA Hypertension de la mère

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 : Casablanca

Le : 15/06/2020

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
09/04/2020	CS		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09.04.2020

354,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

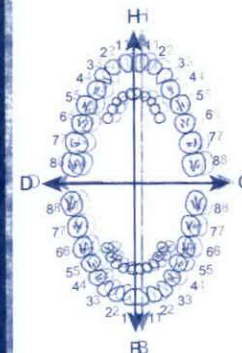
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaux ainsi que des bilans de l'

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

H

28533412

0000000

0000000

38533411

11432853

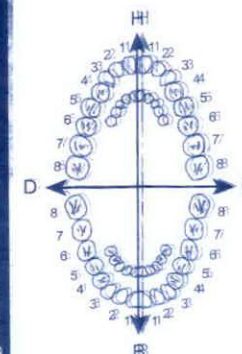
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remaniement, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. GHAFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Bouafi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكرت

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب و الصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرياض -

Berrechid le

09/04/2020

برشيد في

2 A A 14 85 I MALL 04

50,40 x 3

1) Amarel 2mg

1 pl mat (3mg)

19,90 x 6

2) Metformin 1000

1 p

2

2) Amarel (3mg)

63,30

3) Tintarid 10/12,1

1 pl mat

22,40 x 3

4) ASIRARDIL 75

1 cpj

(3 mois)

159,30 x 3

5) Flietral

45,00 1 plb sem (3 mois)

6) Teguma pure

1000 x 2

PPV: 159DH30

PPV: 159DH30

PPV: 159DH30

LOT: 200008
PER: 01-22
PPV: 45,00DH

T = 954,00

LOT: 19E001
PER: 06/2022
AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V: 60DH40
6 118000 060031

LOT: 19E002
PER: 10/2022
AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V: 60DH40
6 118000 060031

LOT: 20E031
PER: 01/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V: 19DH90
6 118000 062141

LOT: 20E027
PER: 12/2022
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V: 19DH90
6 118000 062141

LOT: 19E002
PER: 10/2022
AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V: 60DH40
6 118000 060031

LOT: 20E027
PER: 12/2022
METFORMINE 1000MG
CP PEL B30
P.P.V: 19DH90
6 118000 062141

LOT: 9MA064
PER: 03/2022
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V: 19DH90
6 118000 062141

LOT: 20E028
PER: 01/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V: 19DH90
6 118000 062141

LOT: 20E031
PER: 01/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V: 19DH90
6 118000 062141