

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 canaux, 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 canaux.

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° P19- 056151

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1197 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : R
Nom & Prénom : DRIFI FATIMA
Date de naissance : 22/12/1945
Adresse : 502, rue Goulmina Casd
Tél. : 0693311993 Total des frais engagés : 2153 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/6/2020
Nom et prénom du malade : DRIFI Fatima Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : diabète type 2
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 : 15/6/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-056151

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1197
Nom de l'adhérent(e) : DRIFI
Total des frais engagés : 2153, 300
Date de dépôt : 15/6/2020

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
11/6/20	C2	300 DH		DR. ER... Endocrinologue Diabétologue 737, Agha Boulouafel Moulay Youssef et Rue P Résidence MTRAMAR Lot Alage M2 - 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MARKAZ ASSEHI LOU LEGENIE Sidi Rahal Plage 05.22.96.93.87	11/6/2020	# 2153 #

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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></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

Dr. Z. ERRAJRAJI

*Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques*



الدكتورة الرجراجي زينب

*متخصصة في مرض السكري
والغدد*

Re 11/6/20.

7- DRI FI Fatima

MAX = 1332

Huanchy x 50.

(144) 15 total = 2153

12 VT a = ch

12 VI le soir

36,20 x 2

= 72,40

107,60 - 1 - 1

24,40 x 8

195,20

lewtg x 100 - (

49,60

- 1 une fte (1k)

56,60 x 7

396,02

10 - 0 - 1

x 3mg

(S.V)

PHARMACIE AL MARKAZ
ASSEHILLOT LEGENIE
Sidi Rahat Hage
Tel : 05 22 66 93 87

(S.V)

(S.V)

(S.V)

737, شارع مولاي يوسف, رنقة بوكراع, إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء

737, Angle Bd Moulay Youssef rue Boukraa Résidence Miramar N° 3, 1er Etage

Tél.: 05 22 26 52 11 / GSM: 06 64 00 98 46

LOT D047131J.3
UT AV 07 2022
PPV 177.00 DH

LOT D047131J.2
UT AV 07 2022
PPV 177.00 DH

LOT D154180C.1
UT AV 09 2022
PPV 177.00 DH

LOT D047131J.3
UT AV 07 2022
PPV 177.00 DH

LOT D047131J.3
UT AV 07 2022
PPV 177.00 DH

LOT D047131J.2
UT AV 07 2022
PPV 177.00 DH

LOT D015194H.3
UT AV 17 2021
PPV 177.00 DH

LOT D047131J.2
UT AV 07 2022
PPV 177.00 DH

LOT D154180C.1
UT AV 09 2022
PPV 177.00 DH

PPV:49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 03/2023

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

LOT: 19E001
PER: 07 2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60

LOT: 19E002
PER: 08 2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60

LOT: 20E004
PER: 12 2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60

LOT: 19E003
PER: 02 2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60

LOT: 9MAU
PER: 02 2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60

LOT: 19E001
PER: 07 2023

LOT: 19E002
PER: 08 2023

6 118001 061465

Milk

1127

DRIVE

LOT 182714
EXP 12 202
PPV 36.20

36,20

LOT 192664
EXP 11 202
PPV 102.60

102,60

LOT D047 .3
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT 192664
EXP 11 202
PPV 36.20

36,20

LOT D015194H.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

D154180C.7
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH