

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.
- Le coût 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

- Reclamation : 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- 0042709

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1379 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL IDRISSI LATIFA
 Date de naissance : 15/04/85
 Adresse : habituelle
 Tél. : 06 13 70 07 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ASRY HASSAN Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Coronaropathie - Suive
 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 : 8 / 12 / 2023
 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
08/02/23	ESC		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/23	1730,90

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	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



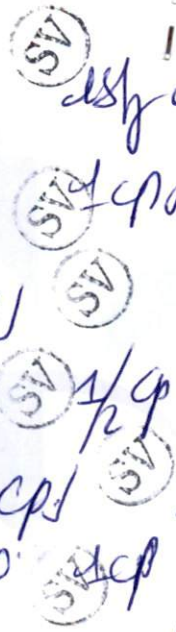
وصفة

ORDONNANCE

le 02/02/23

Casey
Hammou

- 357.00 x 3 Kardic 160 1/2 cp
- 72.00 x 3 Dekusel 10 1 cp
- 63.00 x 3 Teyu 5 1 cp
- 56.80 x 3 Alodanin 80 1/2 cp x 2
- 479.00 x 2 Jardis 1/2 cp
- 45.20 x 2 glucose 80 1 cp



PHARMACIE AL GUARD
Dr. CHALAK Haj Nassar
 Docteur en Pharmacie
 55, Av. Oued Sebou - El Oulfa
 Tél / Fax : 05 22 90 53 45
 CASABLANCA
 TCFE : 001541468000057

Dr. ZAKI Siham
 Spécialiste des Maladies du Cœur
 et des Vaisseaux
 اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
 5, Bd. Ghandi - Ghandi Mail - Casa
 05 22 25 53 55

Total = 1730,90
 121 de smc
 2

PPV : 479 DH 00

6 118001041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A
313839-02

6 118001041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A
313839-02

PPV : 479 DH 00

LOT 221854
EXP 12/2027
PPV 45.20DH

63,00

LOT 221854
EXP ~~12/2027~~
PPV 45.20DH

63,00

63,00

6 118001081189
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : ZZE011
PER : 06 2024

LOT : ZZE011
PER : 06 2024
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

6811801000811
9

6811801000811
9
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : ZZE011
PER : 06 2024

ALDACTONE 50^{mg}
P.P.V: 56,80 DH

6 118001170029

ALDACTONE 50^{mg}
P.P.V: 56,80 DH

6 118001170029

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
7862160236
6 118001101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
7862160236
6 118001101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
7862160236
6 118001101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

ALDACTONE 50^{mg}

P.P.V: 56,80 DH

6 118001170029