

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

M22- 0014690

AS 4863

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Koun M

Date de naissance : 06/07/50

Adresse : Casa

Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : 831,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAKISSASSI AL
Médecine Générale
Echographie
Bouknadel Centre
Tél. : 0667 82 20 05

Date de consultation : 28/02/2023

Nom et prénom du malade : M. Koun MSA Age : 67

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

Nature de la maladie : Vertige + Akathisie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casa Le : 28/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0014690

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 : 8512

Nom de l'adhérent(e) : Koun

Total des frais engagés : 831,70

Date de dépôt :

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
28/02/2023	C	9	189,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AD'S PHARMACIE M'Zouka N° 27 Avenue Habib Sinaïeur Casablanca - Anfa Tel: 0522.94.20.29	28/02/2023	681,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Tanganil® 500 mg	Tanganil® 500 mg	Tanganil® 500 mg
	ملغ 500 تانجيل	ملغ 500 تانجيل	ملغ 500 تانجيل
	30 comprimés - قرص 30	30 comprimés - قرص 30	30 comprimés - قرص 30
	VTE: MA - PPV: 51DH00	VTE: MA - PPV: 51DH00	VTE: MA - PPV: 51DH00
	6 118001 183340	6 118001 183340	6 118001 183340

Tanganil® 500 mg	Tanganil® 500 mg	Tanganil® 500 mg	Montant détaillé des Honoraires
ملغ 500 تانجيل	ملغ 500 تانجيل	ملغ 500 تانجيل	
30 comprimés - قرص 30	30 comprimés - قرص 30	30 comprimés - قرص 30	
VTE: MA - PPV: 51DH00	VTE: MA - PPV: 51DH00	VTE: MA - PPV: 51DH00	
6 118001 183340	6 118001 183340	6 118001 183340	

Tanganil® 500 mg	Tanganil® 500 mg
ملغ 500 تانجيل	ملغ 500 تانجيل
30 comprimés - قرص 30	30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00	VTE: MA - PPV: 51DH00
6 118001 183340	6 118001 183340

* 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'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<table> <tr> <td>H</td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td>B</td></tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS
	H	H																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	B																		
			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LAKHSSASSI ALI

Médecine Générale

Echographie



الدكتور الخصاصي علي

الطب العام

الفحص بالإيكوغرافي

Bouknadel, le 28/02/2023 في بوقنادل،

WIDAD'S PHARMACIE

Nom : M^{me} / 12001 M^{me} Lot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib

Prénom : RASA Sinaceur Casablanca - Anfa

Tel.: 0522.94.20.29

- Tanguil 500mg

1 - 1 - 1

/ 03 mois

51,00 x 9 = 459,00

52,40

- SMECTA 8 sachet

1 - 1 - 1 A.

LOT : 22E036
PER: 03 2025
SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V : 52DH40
6 118000 011460

49,80

- Flagyl 500 mg

1 - 0 - 1 A. dent 2e

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 40DH00
6 118000 060062

56,30

- D. cum ful

1 - 1 - 1 A.

PPV: 56,30 DH
LOT: 20K26D

89,50

- Arixol Sinap

2 ca S 3, Ap Rep

LOT 211039
2025/01
PPC: 89,50 DH

681,70

Dr. LAKHSSASSI ALI
Médecine Générale
Bouknadel Centre
Tel.: 0537 82 20 05