

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 081624

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10512 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SABOUR AZIZ
 Date de naissance : 29/06/1959
 Adresse : Hay Ouffa Rue 22 n° 12 Casablanca
 Tél. : 0702020408 Total des frais engagés : 1332,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/09/2023
 Nom et prénom du malade : Sabour Aziz Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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 :/...../.....


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/09/2023	en	en	2000	 <p>Docteur FARAH El-Djannat Médecine Générale Echographie Urgence Du Gynécologie / Médecine Infertilité Suivi des Diabésiques Du Diabète et Nutrition INPE: 091 053313 TEL: 05 22 89 07 58</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/09	1132180
	2023	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

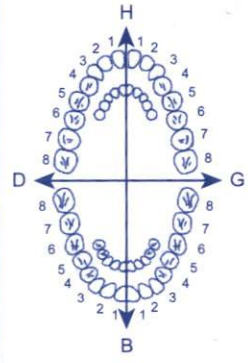
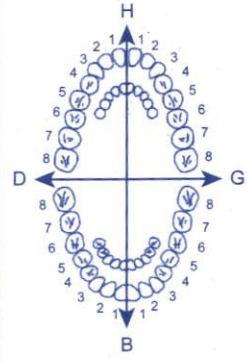
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G				B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D																				
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	G																				
	B																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur FARADI Hasnaâ

طيرة فرضي حسناء

Médecine Générale

Echographie

Urgence

DU : Gynécologie Médical Infertilité

Suivi de Grossesse

DU : Diététique Médicale et Nutrition

DU : Diabetologie

Casablanca, le

15/09/2023

الدار البيضاء، في



الطب العام

الفحص بالصدى

المستعجلات

العقم

متابعة الحمل

التغذية و الحماية الطبية

أمراض السكري

Sabour Aziz

Humalog 100 30 177726

100 30

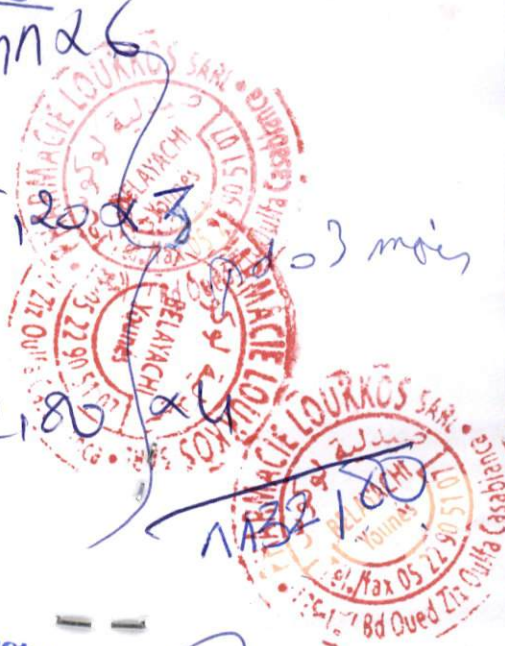
190 60

Glucophage 850

1 41A x 5 82180 x 4

Ranciphen 10

1 41A x 5



Docteur FARADI Hasnaâ

Médecine Générale
Echographie Urgence
Du Gynécologie Médical Infertilité
Suivi de Grossesse
Du Diététique Médicale et Nutrition
DU Diabetologie
INPE : 05 22 89 07 58
Tél : 05 22 89 07 58

LOT D539366H.7
UT AV 07 2025
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.7
UT AV 07 2025
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.7
UT AV 07 2025
PPV 111.00 DH

LOT D455069M.5
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069M.6
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.7
UT AV 07 2025
PPV 111.00 DH

45,20

PPV : 82 DH 80

0 mg
PPV : 82 DH 80

10 mg
PPV : 82 DH 80

10 mg
PPV : 82 DH 80

45,20

45,20