

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.

Pathologie 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

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- 0014640

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2270 Société :


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Saad Mohammed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Saad Mohamed Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0014640

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

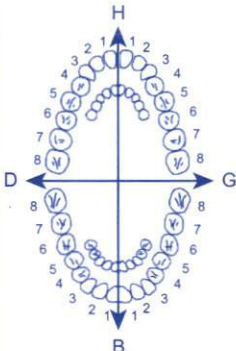
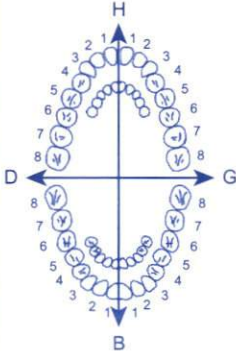
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B 00000000 35533411 11433553 </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2270
Nom & Prénom SAAD MOHAMMED		
Fonction Receveur	Phones 0522915125	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient SAAD MOHAMMED	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 21/01/1984	Date 04 Juil 2019
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
Sugarou Gr-pel		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
9		150

PHARMACIE	Date 09/07/19
Montant de la facture	
139,40	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 09/07/2019
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. Abdel-Fa
Expert Aupr
Av. Ibnou Sina F
1er Etage Hay Ha
GSM : 06 61
TOLIK
naux
Soussi
Bouland

MUPRAS
ACCUEIL
09/07/2019

PHARMACIE AL OUAFIL
Khalil Nasser
06 61 21 21 21
Bouland

Dr. Abdelfatah MARZOUK

Expert Assermente Près des Tribunaux
Médecine Générale

Echographie
Circoncision



الدكتور عبد الفتاح مرزوق

خبير محلف لدى المحاكم
الطب العام

الفحص بالصدى
ختانة الأطفال

Casablanca, le : **04 Juil 2019** : الدار البيضاء في :

Mr SAAD

79,70

Agix 500

20,00

Febrax

40,00

Mutanou

139,40

PHARMACIE AL OUALI
S. CHAIK Haj Nasser
Docteur en Pharmacie
155, Av. Hassan El
Tél : 05 22 89 59 19

Dr. Abdelfatah MARZOUK
Expert Assermente Près des Tribunaux
Av. Ibnou Sina, Rés. El Mokhtar Soussi, Entrée n°323, Appt n°21, 1er étage, Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 89 59 19
Mob. : 06 61 93 38 38 - E-mail : mabdel111@gmail.com - I.N.P. : 91097915 - I.F. : 5143862 - I.C. : 001667759000041

FEBREX[®]

Sans Sucre

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite

8 Sachets de Granulés

 **Pharmed**
Laboratoires Pharmaceutiques

PHARMED
LOT : 9185
UT.AV : 12-21
PPV : 20DH00

Adulte



Arôme Orange

Sans Sucre
Voie Orale

3 Comprimés
sécables

bottu S.A.

Responsable
des Solides - Cosmétique

AZIX[®]
Azithromycine

500 mg

PPV 79DH70
PER 02/22
LOT 1422

15
15
15

15

HISTANORM[®] 10 mg 15 comprimés

PPV 40DH00

EXP 08/2020
LOT 84097 2

هستانورم[®] 10 ملغم
لورياتادين