

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° W19-459858

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 502 Société : NAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DARIF AIT HEMOU Tijou
 Date de naissance : 1948
 Adresse : HAN BAIMINAA, Rue 17, NC 33
 Tél : 0671640565 Total des frais engagés : 1552, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]
 Date de consultation : 17/09/19
 Nom et prénom du malade : DARIF Tijou Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : [Signature]
 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 : 01/10/19
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-459858

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 : 502
 Nom de l'adhérent(e) : DARIF AIT HEMOU
 Total des frais engagés : 1552
 Date de dépôt : 1/10/19

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
17/09/10		6	202,00 DH	INP : 09148463

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL BAKRA AHRIHI Abdellatif Bd. Amgala Ain Chock Al Anar Tél.: 05 22 21 71 92 - Casablanca	17/09/10	1302,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
	<table> <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>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]			DATE DU DEVIS []																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION []																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Balkis BABOU

Spécialiste des maladies
Cardio-Vasculaires

- Echodoppler cardiaque-couleur
- Holter tensionnel - Holter Rythmique
- Epreuve d'effort
- Spécialiste de la cardiologie pédiatrique
- Traitement et suivi de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies
- Cardio - Oncologue



Pharmacie AL OSRA
LAHICHI Abdellatif
52-54, Bd. Amgala Ain Chock Al Ina
Tél.: 05 22 21 71 92 - Casablanca

الدكتورة بلقيس بابو
أخصائية أمراض القلب و الشرايين

- الفحص بالصدى بالألوان
- تخطيط القلب عند المجهود
- علاج أمراض القلب عند الأطفال و الرضع
- علاج و تتبع أمراض الضغط الدموي
- و أمراض الكوليسترول
- تسجيل الضغط الدموي و دقات القلب على المدى الطويل
- علاج أمراض القلب عند مرضى السرطان

17 SEPT 2019

Casablanca : الدار البيضاء في :

M. DARIF THOU

75,20 x3
1) - Calcinib 10
203,00 x3
2) - Cotareg 160 112,5
41,80 x2
3) - ~~Amoxiclav~~ 40
24,00
52-54, Bd Amgala Ain Chock Al Ina
Tél: 05-22 21 71 92 - Casablanca
6,80
5) - levothyrox 40
81,10
6) - Tegretol 200
7) - Zopiden 10
90,50 x3
8) - Xyzall 10
X 3 MB

Dr. BABOU Balkis
Spécialiste des Maladies
Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants
600, Avenue Driss El Harti, 1^{er} étage, Ben Misk - Casablanca
Tél: 05 22 56 76 56 • Urgence : 06 66 54 77 15 • Email : baboubalkis@yahoo.fr

600, Avenue Driss El Harti, Db.Lahjar, 1^{er} étage, Ben Misk - Casablanca

Tél. : 05 22 56 76 56 • Urgence : 06 66 54 77 15 • Email : baboubalkis@yahoo.fr

4180

4180

LOT: M19033
EXP: FEV 2024
PPV: 81,10 DH

28 C

LOT: 050
PER: JAN 2022
PPV: 75 DH 20

28 C

LOT: 050
PER: JAN 2022
PPV: 75 DH 20

h.i PHARMACEUTI

LOT: 050
PER: JAN 2022
PPV: 75 DH 20

LOT 191576

EXP 06 2023

PPV 90 50

LOT 191576

EXP 06 2023

PPV 90 50

LOT 191576

EXP 06 2023

PPV 90 50

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés

PPV: 203.00 DH

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés

PPV: 203.00 DH

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés

PPV: 203.00 DH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335