

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-433090

C.A

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1923 Société : RAM.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAGHLOUL MOHAMMED

Date de naissance : 14-10-56

Adresse : LOTISSEMENT ALANNOU,

Tél : 0861187641 Total des frais engagés : 7560 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12-9-2019

Nom et prénom du malade : 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 : Casablanca Le : 08/10/19

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

2-9-19			3000	
3-9-19				

Docteur Zineb SLAOU MOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

23		
09		
19		7269,70

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

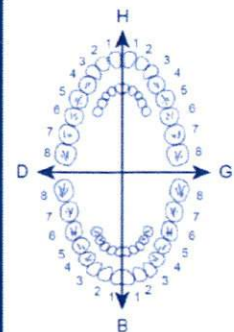
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

Omno

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir hnu al auam roches

noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolite 14

640150MP/21NRQ P.P.V.: 92,60 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir hnu al auam roches

noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolite 14

640150MP/21NRQ P.P.V.: 92,60 DH

6 118001 020591

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain sebaa Casa

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

LOT: 9MA034
PER: 01 2023

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V.: 56DH60

6 118000 061465

LOT: 9MA034
PER: 01 2023

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V.: 56DH60

6 118000 061465

LOT: 9MA034
PER: 01 2023

STILNOX 10MG

CP PEL SEC B20

P.P.V.: 56DH60

6 118000 061465

LOT: 9MA034
PER: 01 2023

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

LOT: 9MA034
PER: 01 2023

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

LOT: 9MA034
PER: 01 2023

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

LOT: 9MA034
PER: 01 2023

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

LOT: 9MA034
PER: 01 2023

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10

6 118000 062134

6 118001 041077

Jardiance 10 mg

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A PPV: 550 DH 00

20-6881E

6 118001 041077

Jardiance 10 mg

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A PPV: 550 DH 00

313839-02

6 118001 041077

Jardiance 10 mg

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A PPV: 550 DH 00

20-6881E

6 118001 041077

Jardiance 10 mg

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A PPV: 550 DH 00

20-6881E

6 118001 041077

Jardiance 10 mg

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A PPV: 550 DH 00

maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

28 comprimés pelliculés

6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

6118001030316

TAREG 80 mg

6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 131,50 DH

6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 131,50 DH

6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 131,50 DH