

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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- 0013768

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **00644**

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

HAJJAT

Jemila Date de naissance : **1935**

Adresse :

C.D. Dent Bouam Rue 10 N° 207 casu

Tél. :

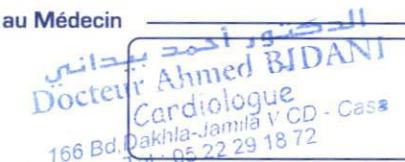
06.21.02.43.84

Total des frais engagés : **1360,80** Dhs

0522.56.18.99

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **26/02/2020**

Nom et prénom du malade : **Hajjat Jemila**

Age : **1935**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Hypertension**

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.

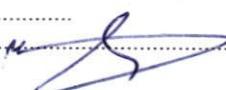


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : **28/02/2020**

Signature de l'adhérent[e] :



RELEVE 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
26/02/2023	V a	2	360,00	Dr. Ahmed Docteur Ahmed Cardiologue 166 Bd Dakhla-Jamia Tel: 05 22 29 18 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/2/23	1360,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

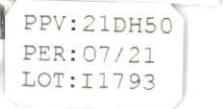
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 d

SÉRIES DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	
D	00000000	B	00000000	MONTANTS DES SOINS
G	35533411		11433553	DATE DU DEVIS
B				DATE DE L'EXÉCUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				



دكتور عبد الله بن ديداني
Docteur Ahmed BEN DIDANI
Cardiologue
166 Bd.Dakhla-Jamila VCD - Casablanca
Tel: 05 22 29 18 72

49,60 X5
1) - حساسية je
Amex 5 Nos
7130 X6 18
et تاموكسيفون 5
2150 X9 1-3-9
3) - ميرالجين 5
M0,50 2-21
1400 X2 1-2-21
5) - ادوية 20
Bromoform MS. 18
102,00 1360,80 X0 X5

MIGRALGINE®
18 GELULES



6 118000 040538

PPV: 21DH50

PER: 01/21

LOT: I032



6 118000 040538

PPV: 21DH50

PER: 06/21

LOT:



6 118000 040538

MIGRALGINE
18 GELULES



6 118000 040538

PPV: 21DH50

PER: 09/20

LOT: H1901

OEDES 20mg
56 gélules



6 118000 082026

LOT: 181367 PER: 02-2021 1039 PER: 02-21
PPV: 140,00DH N: 140,00DH

tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

MIGRALGINE®
18 GELULES



6 118000 011545

TRIVASTAL®U mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

OEDES 20mg
56 gélules



6 118000 082026

AMEP® 5mg ☒

28 comprimés



6 118000 081524

AMEP® 5mg ☒

28 comprimés



6 118000 081524

tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

AMEP® 5mg ☒

28 comprimés



6 118000 081524

tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

AMEP® 5mg ☒

28 comprimés



6 118000 081524

LOT 190543

EXP 03/2022

PPV 49.40DH