

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

ctions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Nº P19-0026003

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

15964

Matricule : 6034 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DOUNA RESTAFA

Date de naissance : 20/10/1958

Adresse : AL KHOZANA 7 100 10 APT 5 LISSA SFRA
CASABLANCA

Tél. : 0661447351 Total des frais engagés : 680,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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 : 29/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-026003

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 : 6034

Nom de l'adhérent(e) : DOUNA RESTAFA

Total des frais engagés : 680,00 DH

Date de dépôt : 29/04/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/04/20	680,30

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

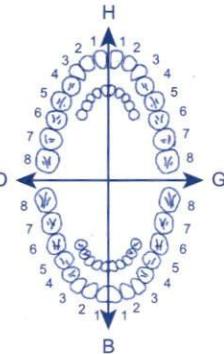
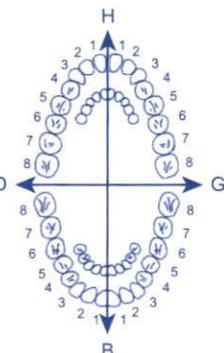
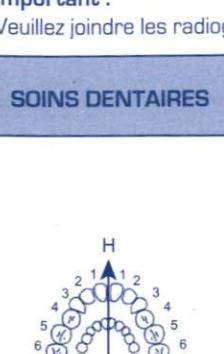
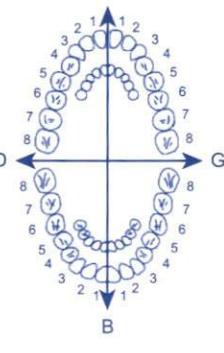
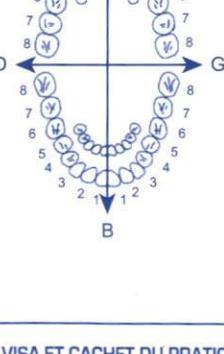
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



PHARMACIE HASSANA

118/119 lot. Al Khozama LISSASFA

Docteur en pharmacie
Faculté de Nancy
FRANCE

R.C :293256
T.V.A :
Tél :0522650244

Patente:36211260
C.N.S.S:6289468

Le 08/04/2020

FACTURE N°449650

N° ICE : 001666353000076

*** MR DOUMA MOSTAFA ***

N° IF : 50804205

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	REDLIP 20 MG ** 30 CP	97,60	97,60		
1	TRIATEC 2.5 MG	97,70	97,70		
1	COPЛАVIX 75MG/ 100MG 30CPS	278,00	278,00	18,19	7,00
3	PRAХILENE 200 MG 20 CPS	69,00	207,00	13,54	7,00

97,60

97,70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH

6-118001 082018

LOT : 191222
UT AV : 03/2022
PPV:69,00DH

LOT : 191222
UT AV : 03/2022
PPV:69,00DH

LOT : 191221
UT AV: 04/2022
PPV:69,00DH

TOTAL T.T.C :

680,30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	Montant
	485,00	31,73		

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Quatre-vingt Dirhams et 30 centimes.

valable 3 mois

Le 05/03/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr HJIAJ D'hame

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Doula Stockpo

Présente

Cardiopathie ischémique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

cf ord

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

1^o Plavix 1cp/j
2^o Triatee 2,5 1/2 cp x 2/j
3^o Redlip 200 : 1/2 cp/j
4^o Praxitene 200 : 1cp x 2/j
5^o Corolan 5 : 1cp x 2/j

sur 3 mois

Dr Ilhame HJIAJ
Cardiologue Adulte et Pédiatrique
79, Rue de l'Home, Angle Bd. 2 Mars
Rés. Carré d'Or - Casablanca
GSM: 061.71.00.44