

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-509117

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 26679			
Matricule A654	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOULAOUDI HAMID			
Date de naissance : 1964			
Adresse :			
Tél. : 0668304412		Total des frais engagés : 1127,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : ne			
Nom et prénom du malade : Mouloudi Hamid			
Lien de parenté : Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 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 : **13/03/20**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-509117
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 : A654	Total des frais engagés : 1127,50
Nom de l'adhérent(e) : Mouloudi Hamid	
Date de dépôt : 13/03/20	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
du Fournisseur

RH Pharmacie MIMOSAS Date Montant de la Facture

Hind LARHMI
Docteur en Pharmacie
400, Rouw des Jadida
CASABLANCA

Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76

12/03/95 767,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

5742 AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dochet et signature en Patients	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	R C	N M	
Signé! BARAKAT Abdellah Signature 22-05-2012 0664012222-0522905042	22/05/12	(200)	(04)		200

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 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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



12/03/2020

MOULOUDI HAMID

خريج كلية الطب بآميان (فرنسا)
طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات فرنسا
أمراض الرئة، المساسية، الصبيحة (البوي) والسل
فحص الوضعية التنفسية-تحليل المساسية
الفحص بالأشعة التلفيفية الصبيحة.

Diplômé de la Faculté de Médecine
d'Amiens FRANCE - Ancien Interne
des Hôpitaux de France

Maladies Respiratoires et Tuberculose

Asthme, Allergie Respiratoire

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Test cutané Allergique

Radiographie Pulmonaire Bronchoscopie

281,00

Factive (cp 320 mg)/Bte 7

1 cp par jour pendant 7 jours

87,140

Gentosyl 80 ~~ou Comtabacine 80 mg par Avis~~

Medical par Tel

1 IM / IVSC le matin, pendant 6 Jours

41,15

Bronchokod sans sucre sirop:Ad.:(300 ml)

Chaque Jour(s), 1 cuillère, 3 fois par jour,
pendant 10 Jours

185,00

Saflu : Susp. p.inhalation 250 (120 doses)

2 le matin et le soir

23,00

Isolone 5

2 comprimés le matin, pendant 6 Jours

165,00

IPPsium

Chaque Jour(s), 1 comprimé le soir, pendant 1
Mois

ORDONNANCE

T: 767,50

Pharmacie MIMOSAS
Hind LAKHIMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76



LOT 202
EXP 11/20
PPV 81DH40

LOT:1114
PER:06/21
PPV:41:10DH

LOT: GB01038
PER: 04/2022
PPV: 185 DH 00

LOT 191672
EXP 07 2021
PPV 23.00 DH

CONDITIONS D'UTILISATION
ET DE COMPTABILISATION

P.P.V. 282.00 MAD