

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.

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.

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

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° P19- 047110

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3100 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BATASSA LAYACCHI
Date de naissance :
Adresse : Bloc 8 N° 16 HAY L
Tél. : 06 63 43 66 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14 MAI 2020
Nom et prénom du malade : BATASSA Layacchi Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AVC
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047110

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 : 3100
Nom de l'adhérent(e) : LAYACCHI BATASSA
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
14 MAI 2020	C	1	150,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA MARCHÉ ORIO SARI AL N°10 BOU 08 LARA Mériam Casablanca Tél / Fax: 05 22 56 44 17	14/05/2020	2204,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

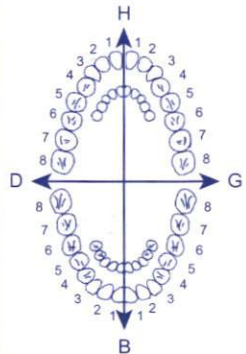
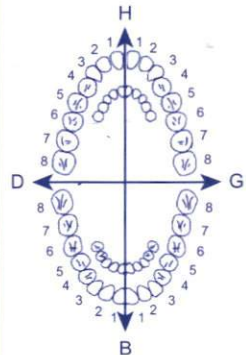
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SANDAOUI Mostafa

الدكتور سنداوي مصطفى

Medecine Générale

Ancien Médecin à l'Hôpital AL Hassani

Nador

356, Av. Chouhada (en Face Cinéma Saâda

Hay Mohammadi - Casablanca

Tel : 05 22 60 20 20

الطب العام

طبيب سابقا بمستشفى الحسني

الناظور

356, محج الشهداء (مقابل سينما السعادة)

الحي المحمدي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 60 20 20

14 MAI 2020

BATASEA Lagachi

113,50 x 4

4 Cronodine 120

108,00 x 4

4 Rivotril 15 mg

34,60 x 6

6 Rivotril 15 mg

99,00 x 4

4 LAMIT

56,10 x 10

10 LORAZEPAM 1 mg

23,00

10 Nootropyl 500 mg

6 Tamsin 0,1 mg

rs/  600

$$= 204,40$$

ASPEGIC 100M
SACHETS B20

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 19E005
PER: 07 2023
6 118000 060468

L01:19E006
PER:07 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V :34DH60

6 118000 060468

Lasilix 40mg
20 Cp séc
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 19E002
PER: 06 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 19E004
PER.: 07 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E001
P.P.V: 23DH00
TEMESTA 1MG
CP SEC B50
6 118000 011569

DINE
LOT: 19118
PER: 02-2022
PPU: 113.50 DH

LOT : 200130
UT AV : 01/2023
PPV : 99,00DH
:ONLOT

LOT : 191124
UT AV : 07/2022
PPV:99,00DH
:N LOT

LOT : 200132
UT AV : 01/2023
PPV : 99,00DH
: N LOT

DDINE
LOT: 19118
PER: 02-2022
PPV: 113,50 DH

LOT: 19190
PER: 08/2022
PPV: 113.50 DM

INE 12

LOT: 19190
PER: 08/2022
PPU: 113,50 OH-

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 19E004
PER: 06 2021
6 118000 061113

LOT : 19E004
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V :21DH80

6 118000 061113

LOT : 19E005
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V :21DH80

6 118000 061113

LOT : 19E004
PER.: 06 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
5 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : 19E005
PER: 06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80


118000 061113



108,00

108,00

108,00

108,00

56,70

56,70

56,70

56,70

56,70

56,70

56,70

56,70

56,70