

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 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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax. : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-457792

ND: 98043

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8689			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : SAWFIK			
Date de naissance : 10/03/1970			
Lieu de naissance : Lot AL MARIA TAN 323 Rue 1			
Adresse : AIN CHOK Costa Blanca			
Tél. 0673735897 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : syndrome de rest, hypertonie			
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.			

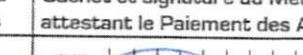
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-457792	
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 : _____	Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____	Date de dépôt : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
03/01/2024			30000	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/2/2009	498,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/02/2020		7500€

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

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 de l'ODF.

Lot: 0K1213D
Per: 11/2021
PPV: 108DH00

Lot: 0K1213D
Per: 11/2021
PPV: 108DH00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
RPV: 58,20 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
RPV: 58,20 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
RPV: 58,20 DH



CCP/NP

DR AFAF BENITTO
PEDIATRE – NEUROPIADIATRE

CACHET ET SIGNATURE

CASABLANCA LE

03/02/2020

POIDS:

1kg 080

AGE:

1 an et 04 mois

ORDONNANCE

Tarafikh Abderrahmane

58,20 x 3

1) - Dépoline Jolim

20mg/ml



100mg Jelis
100mg Jelis
100mg Jelis

SV

x 03 mois



2) - Sobil 20mg Sachet

SV

Diluer 1 sachet dans 1ml
d'eauf d'eau 3,2ml Jelis

0 - 20mg/ml
x 27ml



CABINET CASABLANCA DE PÉDIATRIE ET DE NEUROPIADIATRIE,
APPT 12, IMM « IBN ROCHD » N° 50, QUARTIER DES HÔPITAUX, CASABLANCA . TÉL: 0522278

Lot: 0K1213D
Per: 11/2021
PPV: 108DH00



Rs Alik sahaf Yolink et ; th sahet x 08/11

Rs 1h sahet sir x 11/11



108,00 x 3

3)- Topinomate 50mg

1/4 cp Metin
↓

- = 1/6pp 50mg



PS x 08/11

