

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 Angc Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier du Haraq Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-528079

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1238

Société : MAF 3303

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MANSOURI BACHIR

Date de naissance : 27 03 1950

Adresse : 11 RUE BACHIR DABHIRI ET GIBONTE CASABLANCA

Tél. 06 61 31 46 95

Total des frais engagés : 329,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZHAFIR BENI
Médecine Générale
Expert Assermenté auprès
des Tribunaux
0 Av. Sakkia El Hamra, Béchara-Salé
Tél. Cabinet : 05 27 78 02 26

Date de consultation : 29/02/2020

Nom et prénom du malade : MANSOURI BACHIR

Age : 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Goutteux

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 : 09/02/2020

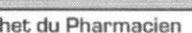
Signature de l'adhérent(e) :



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
29/02/2020	C	111	1200 F	INP : 101048511
				DR. DIAW SEMRI
				DOCTEUR SEMRI

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU RIAETEAU Mme. Louise EL HAJJI PHARMACIEN GERMESTICL BEHICL SALA AV. SAKHO EL HADJ 22100 DAKAR TÉL: 05 37 78 13 17	29/02/2020	17900

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dr.Zhor EL BEKRI EL YACOUBI
 Médecine Générale
 Expert assermenté agréé auprès des tribunaux
 EL Hamra -Bettana-Sale
 7780233

الدكتورة البكري زهور
 الطب العام
 طبية خبيرة محلفة مقبولة لدى المحاكم
 و شارع الساقية الحمراء بطانة سلا
 الهاتف: 0537780233

MEFSAL® 15 mg
 20 comprimés sécables

79,00

79,00

Salé, le : 29/12/2020.

ن = ناصر بوعز

1) Acetaminophen 500 mg

5310

2) Relaxol 500 mg

1690

3) Acticarbine 70 mg



ACTICARBINE 70 MG Comp (84)
 PPV 46,90 DH SOTHEMA



6118001070015

84 قرصا مغلفا أبيضا

انتهاء الأداء

PER: 06 2022
 101 : 19002

PPV: 530010
 CP: B20

RELAXOL 500 mg/2ml



Dr. Zhor EL BEKRI
 Médecine Générale
 Expert assermenté agréé
 auprès des Tribunaux
 9, Av. Sakut El Hamra Bettana-Sale
 Tel. Cabinet : 0537780233



CHECK-LIST

**DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT
DE VOTRE FEUILLE DE SOINS**

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE		Nombre
<input type="checkbox"/>	Copie des résultats	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel	
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie <i>En cas d'hospitalisation médicale</i> ?	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel <i>En cas d'intervention chirurgicale</i> ?	
OPTIQUE		
<input type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu radio relative à la même maladie	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable remplie par le médecin	
<input type="checkbox"/>	Facture	
PHARMACIE		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ordonnance *	1
<input checked="" type="checkbox"/>	Vignettes des médicaments PPV **	3
<p>* <i>En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)</i></p>		
<p>** <i>Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre</i></p>		
<u>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</u>	Matricule:	ESN° 19-528079 W16-074565 Signature & visa de la MUPRAS
	Signature de l'adhérent	