

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

Re-education

- 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.

Dectails : [View](#)

- 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 feuille de 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° 09-06 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

Nº W19-537694

Mle: 12069

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	MSADEK HAMID RAM (19069)		
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :	MSADEK HAMID		
Date de naissance :	18/04/1977		
Adresse :	57, rue 201, Hay El Fly Abdellah		
Tél. :	06 60 40 16 10 Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	SIEGE RAM
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	29/05/2020
Nom et prénom du malade :	Mme Helfye Daniel Age: 36 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection respiratoire
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous parrainage à l'attention du médecin conseil de la Mutualité.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare également connaître toute la clause relative à la protection des données personnelles.

La Sablance

Le : 19/05/2010

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/05/2020	Dr	300.00		29/05/2020
				<i>Pacien... Respir... Enf... ...</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourchueur	Date	Montant de la Facture
<i>29/05/2020</i>	29/05/20	328.30

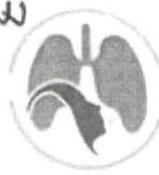
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

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.																						
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	BIP : _____																		
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																						
ODF PROTHÈSES DENTAIRES <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>29833412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11432553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>					H	29833412	21432552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11432553	G			B		
H	29833412	21432552																				
D	00000000	00000000																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11432553																				
G																						
B																						
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>29833412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11432553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	29833412	21432552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11432553	G			B		
H	29833412	21432552																				
D	00000000	00000000																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11432553																				
G																						
B																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						



Dr Zineb Berrada ep Bettache

Spécialiste des Maladies Respiratoires

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot

DU d'Imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes

Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France

Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitie Salpêtrière Paris-France et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca

MME HALFYA NAWAL

19/05/2020

Casablanca le :

37,20

- Serum physiologique**

1 Lavage dans chaque narine matin midi et soir, pendant jours

83,50

- Rhinolaya Fort**

2 à 3 pulvérisations 2 à 3 fois/jour dans chaque narine pendant 10 jours

16,20

- Nasonex 50 µg/dose - suspension pour pulvérisation nasale**

2 pulvérisations dans chaque narine, matin, pendant 30 jours

63,20

x2

- Zyrtec 10 mg - comprimé pelliculé sécable**

1 Comprimé, soir à la demande pendant 30 jours

25,50

- Codalgine 500 mg/30 mg - comprimé**

1 Comprimé, matin et soir, après le repas pendant 5 jours

ZENITH PHARMA
 PPC : 37,20 DH

RHINOLAYA FORT
 Spray Nasal 50ml
 Ut av : Jan/2022 | PPC : 83,00 DH
 Lot : 90324 | MEDIPHARMA

NASONEX 50 µg/dose
 Suspension pour pulvérisation nasale
 Flacon de 40 doses
 P.P.V: 56,20 DH
 Distribué par MSD Maroc

63,20

63,20

25,00

328,30

صيدلية دار العدالة
PHARMACIE DAR AL IDAA
 Dr IDRISI Zineb
 Hay Al Ousra II N° 161 Ain Chock
 Tel: 05 22 98 12 19

4
 Dr ZINEB BERRADA
 Spécialiste des Maladies
 Respiratoires et du Sommeil
 22 Bd Yacoub El Mansour
 Espace El Mansour - Casablanca - Tél: 05 22 98 12 19