

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

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- 051931

ND: 32656

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8676 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Fariss Tama

Date de naissance : 13/02/1969

Adresse : Hay Augrit Rue 27 N° 284

Tél. : 0663 147914 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ARBAOUI FATIMA

Date de consultation : 02/02/2023

Nom et prénom du malade : TANOU TANOU Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension - Diabète

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 : Casablanca Le : 02/02/2023


Signature de l'adhérent(e) :

Dr. ARBAOUI FATIMA
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
DIABETOLOGIE - 150 Route de l'Oasis
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis - Casablanca
Tél. : 0522 20 45 45 - Fax : 0522 22 78 18 - Gsm : 0663 43 95 48

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
02/12/2017			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/7/2017	198,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

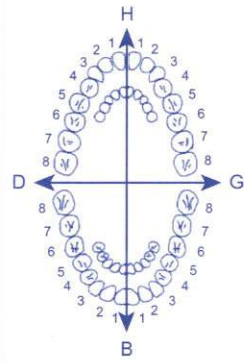
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

7862160335

DERMASEPT®
 Crème antiseptique
 Lot : 1387
 À consommer de préférence avant le : 11/2022
 PPC : 79.00 DH
 Crème antiseptique
 Lot : 1387
 À consommer de préférence avant le : 11/2022
 PPC : 79.00 DH

عيا
 درکت
 الأمراض

no FARSS TANDU
 1340 x 2
 levotrox 50.
 24 h
 680 + 2
 levotrox 25
 24 h
 79.00
 derma sept nomade
 147 x 25
 α 2 2 5

198.4

صيدية الحبيب العام
 PHARMACIE HEBIB AL-AM
 Tel: 05 22 21 14 26
 MPE: 002048099

Dr. ARBAOU FATIHA
 ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
 DIABETOLOGIE - 150 Route de l'Oasis
 Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis I - Casablanca
 Tél: 05 22 21 14 26 / 05 22 21 14 26 / 05 22 21 14 26
 05 22 21 14 26 / 05 22 21 14 26 / 05 22 21 14 26

إقامة جوهرة، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء
 Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca
 Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06
 En cas d'urgence : 0663 43 95 48
 Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048