

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 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

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° W19-518522

ND-36336

~~Couillon~~ NSR

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ~~8871~~ 8871 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERKAOUI Amina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 215748 Total des frais engagés : 2096,50 Dhs

Donneur KHLATA MOHAMED

Médecin Spécialiste

En Diabétologie - En Endocrinologie

En Maladies Nutritionnelles

Diplôme de l'Université René Descartes Paris

12 rue Bachand - 1er étage tél : 0523 32 04 44

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bousselhou Sami Age : 65

Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète HTA hypercholestérol

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Angine

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 : 20 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-518522

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 : 887

Nom de l'adhérent(e) : Cherkoui (Sam) (Sami)

Total des frais engagés : Cs 200 Ph 1896,50

Date de dépôt : 07/08/2020

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
20/07/2020				INP : 0810881320

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES JARDINS	20/07/2020	1895,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

6 118001 160495 JANUMET® 50/1000 mg AMM 59DMP/21/NCI Boîte de 56 comprimés pelliculés DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH		6 118001 160495 JANUMET® 50/1000 mg AMM 59DMP/21/NCI Boîte de 56 comprimés pelliculés DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH		6 118001 160495 JANUMET® 50/1000 mg AMM 59DMP/21/NCI Boîte de 56 comprimés pelliculés DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH	
122,40		122,40		122,40	
PPV 97DH63 PER 04/22 LOT J618-4		PPV 97DH63 PER 04/22 LOT J618-4		PPV 97DH63 PER 04/22 LOT J618-4	
B		B		B	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		FIN D'EXECUTION	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		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			

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

M. Khouf M. L.

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Boussalhou L. M.

Présente

Diabète - HTA - hypercholestérolémie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

permanente

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)



Docteur KHLAF MOHAMED
Médecin Spécialiste
En Diabétologie - En Endocrinologie
En Maladies Nutritionnelles
Diplômé de l'Université René Descartes Paris
13 rue Boudard - 6ème étage Tél : 0523 32 04 44

Docteur KHLAFA Mohamed

Diplôme d'Endocrinologie
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles
Diplômé de l'Université
René Descartes
Paris

الدكتور خلافة محمد

إختصاصي في أمراض الغدد
أمراض السكري
أمراض التغذية
خريج جامعة روني ديكرت
باريس

Mohammedia, le

20/07/2000

المحمدية، في

Bousselhoui

Soeur

437.00x3

Genuel 10/1000

122.40x3

Pulvis

97.60x2

Civerhu 20

2310

Lysenxi's 9: 1/2 g/jr

~~Tu de (03) To~~

1896, 50

Docteur KHLAFA MOHAMED
Médecin Spécialiste
En Diabétologie - En Endocrinologie
En Maladies Nutritionnelles
Diplômé de l'Université René Descartes Paris
13 rue Baghdad - 1er étage tél : 0523 32 04 44

13, زقة بغداد الطابق الأول - الهاتف : 05 23 32 04 44 - المحمدية

13, Rue Baghdad 1^{er} étage - Tél. : 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email : doc.khlafamohamed@gmail.com