

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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- 065626

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1167 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : EL KHOU MOHAMED
Date de naissance : 1952
Adresse : habituel
Tél. : 06 62 39 1202 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/07/2020
Nom et prénom du malade : N. EL KHOU MOHAMED
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Goutte de l'articulation (goutte)
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) :

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
10.08.20	cr		3000DH	
10.08.20	5 of. chet		2000DH	

TRAUMATICS - 106A
81 Rue Adrien Azzola
CASIA - Tél 022 86 30 86

[illegible]

94, 86 My Driss
BENTHOUN
Docteur en Pharmacie
Tel: 0522 86 23 00 Fax: 0522 86 02 25
PHARMACIE DES FACULTES

Montant de la Facture

140,90

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires[illegible]

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

2553341

2 | 21433552

□

3553341

1	11433553
---	----------

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

المكتبة بولشيين عبد العزيز

جراحة وأمراض العظام
والمفاصل

Casablanca, le 10.08.2012. التاريخ: 10.08.2012

Casablanca, le 18.08.2014, المراكش، في 18.08.2014
Elkhou Mohamed

37.70

- Dependent 80

LOT/EXP.:

DR1429
11/2024
P.P.V:37DH70

2030

Ref. Chh

LOT : 5214
T. AV : 09 - 24
V : 20 DH 30

 $31.3 =$

24/

- Zyber! 2000

13.40

— 4 —

Exp :
PPV :
N° LOT :

13.40

38.2

1. 4

DIFAL® 
Diclofénac sodique - Gel 1%
Tube de 50 g

P.P.V. : 38.20 DH



140.90

Dr. BAJRAMI - Ildelaziz
Traumat. - Ortopediste
81 Rue A. P. A. A. A. A. A.
CASA - Tel 022 88 38 86

انامة مرثيا 81، زينة أبي العلا، الزفر (أمام كلية طب الإنسان) الدار البيضاء.

Résidence Maria 81, Rue Abou El Alaa , Azzahr (ex. Rue Vésale, en face de la faculté Dentaire)
Tél : 022 86 32 86 GSM : 022 86 32 86

Tél : 022.86.33.86 - GSM : 063.44.56.74 - Casablanca