

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

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 étage 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° W19-548459

MUPRAS
RECEPTE

ND: 40374

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4217 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALILAHIA MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : 42 PASSAGE 13 TISSIR (2)

BERRECHID

Tél. : 0706759374 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/08/2020

Nom et prénom du malade : Mr. Khalilahia Mustapha

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

Nature de la maladie : ADK du bas rect

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 : DAROVA

Signature de l'adhérent(e) :

17 SEP. 2020

ACCUEIL

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/2020	589,40
	28/03/2020	204,90

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

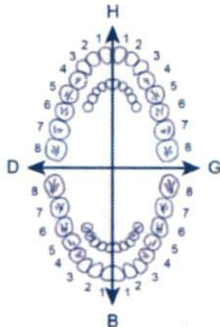
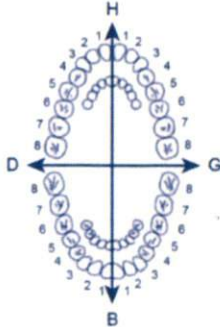
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le : **28/08/2020**

Mr. KAHALLAHIA MUSTAPHA

1/ CHEMOSET 8 MG

1cp x 2/j pour 5 jours matin et soir 1/4 d'heure avant le repas

2/ MOTILIUM SIROP

1 cuillère trois fois par jour 1/4 d'heure avant le repas pour 5 jours

3/ TREMADOL 50 MG CP

1 comprimé Matin et 1 Midi et 1 Soir pendant 10 jours

4/ NEOFORTAN 160 BT 10

1 cp trois fois par jour

Casablanca, le :

28/08/2020

Mr. KAHALLAHIA MUSTAPHA

1/ SMECTA SACHETS

1 à 3 sachets / jour en fonction de la
consistance des selles

2/ IMODIUM 2 MG 20 GES

1cp apres chaque diarrhée; maximum 6/j

LOT : 20E011
PER: 02 2025

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



LOT : 20E013
PER: 03 2025

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



LOT : 20E011
PER: 02 2025

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



LOT : 20E011
PER: 02 2025

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



LOT : 19E005
PER: 06 2022

SMECTA 3G
SACHETS B30

P.P.V : 52DH40



LOT : 8MA048
PER: 10 2023

IMODIUM 2MG GELULE


20 Gél

P.P.V : 30DH50



40.80

LOT : 19E03F
PER : 09 2022

MOTILUM 1MG/ML 
SUSP BUV FL 200 ML


P.P.V : 40DH80



6 118000 011040

40.80

LOT : 19E002
PER : 06 2022

MOTILUM 1MG/ML 
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V : 40DH80



6 118000 011040

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 06/2022
LOT 94047 5

98.40

44.00

EMOSET®

sétron

LOT: 0907513 EXP: 11/22
PPV: 357DH00

357.00

reins de Belloules