

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.

Maladie chronique :

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 radio-après 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

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- 063326

ND: 44 372

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3273 Société : ✓

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELBAO HAFED

Date de naissance : 1950

Adresse : N° 4 HAS RATAH SOULFA - CABA

Tél. : 06 61826830 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 JUL 2020

Nom et prénom du malade : Bayani Estadya Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + Geste + Mycose

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 : 05/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 12/07/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12.08.22

595,70

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

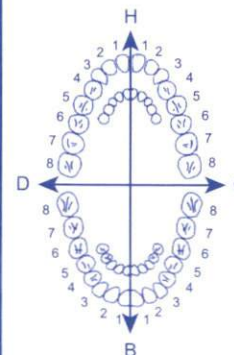
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الطب العام
دبلوم جامعي في داء السكري
خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء

Casablanca le : 12/08/2020 في :

Bayan: Essaid

45.00

- Preza 50

44.70 x2
- Diamin 60

17.10 x2
- Metformin 850MG

13.40
- levothyrox 50

76.20
- Voltaren SR 75

75.00
- Charbex
181 + 3

PPV 45DH00
PER 05/23
LOT J1293

PPV 45DH00
PER 05/23
LOT J1293

44.70

44.70

LOT : 202006
PER : 01/2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 202007
PER : 03/2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

6 118001 03040
VOLTARENE® SR 75
Comprimés enrobés
PPV : 76.20 DH

LOT 18071/FC1
03/2021 PPC 75.00

29,60

- Dure forte

(SV)

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

22,60

10-p/15 pdt 2 mois

- Mobic 7,5

(SV)

PPV: 42DH60
PER: 02/23
LOT: J374

133,60

- Diavem 600

(SV)

133,60

36,70

- Mycoden cr

(SV)

MYCODE

LOT: 08020023
PER: 04/2025
PPU: 36,70 DH

Topique

1 appx 3/T

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sihann GUERRAOUI
Docteur en Pharmacie
4, Residence Annaïm - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sihann GUERRAOUI
Docteur en Pharmacie
4, Residence Annaïm - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca