

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- 051571

ND: 45065

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3565 Société : RRM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DADI SSI Mohamed
Date de naissance :
Adresse : Rm 14, N° 165 67 EL FATHI Sidi MARGUF
CHSA
Tél. : 0667123422 Total des frais engagés : 623,40 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/07/2020
Nom et prénom du malade : DADI SSI KHAOUA Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Anémie
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 26 / 10 / 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
28/07/2020	Comble	1	623,40	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28/07/2020

623,40

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

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 :

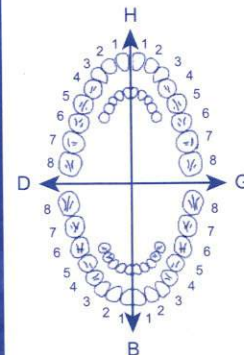
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

00000000

11433553

B

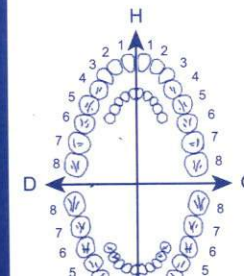
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



Docteur EL JABIRI MINA

MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ELECTROCARDIOGRAMME

DIPLOME EN NUTRITION

Casablanca, le

23/07/2020

الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

Dadissi Khazul

PHARMACIE Ahmed Ali
D.T. AHMED EL GUADI
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 97 32 16
Gsm : 06 61 60 54 68

(40,50 x 6)

1) Landyferon 20mg cp
2 cp / matin
1 son

(81,40 x 3)

2) Omiz 20mg solule
1 solule / le son

(45,40 x 3)

3) Duphalac 1000
1 cap x 2

06 70 80 39 37 - المعلوم: 05 22 97 37 25 - الهاتف: 05 22 97 37 25 - الدار البيضاء - المعروف: 05 22 97 37 25 - المعلوم: 06 70 80 39 37

N° 119, Lot. Al Adarissa - Sidi Maarouf - CASABLANCA - Tél.: 05 22 97 37 25 - Gsm: 06 70 80 39 37

RDU dans 3 mois
par contrôle
analyses

Docteur EL JABIRI F.M.
Médecin Généraliste
N° 119 Lot AL Adarissa
Sidi Maarouf - Casa
Tél : 06 70 80 39 37 - 05 22 97 37 25

81.40

81.40

81.40

LOT : 19E006
PER.: 07 2022

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML



P.P.V : 45DH40



6 118000 010494

LOT : 19E006
PER.: 07 2022

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML



P.P.V : 45DH40



6 118000 010494

LOT : 19E006
PER.: 07 2022

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML



P.P.V : 45DH40



6 118000 010494

319334



ppv : 40.50 DH

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



ppv : 40.50 DH

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



ppv : 40.50 DH

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



ppv : 40.50 DH

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



ppv : 40.50 DH

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI