

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 :

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° P19-056005

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 338 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre
Nom & Prénom : AGIF FATNA
Date de naissance : 1995
Adresse : JAMILA B - N° 1236 H. HASSANI
Tél. : 06 36 61 5011 Total des frais engagés : 2256 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/11/2020
Nom et prénom du malade : Agif Fatna Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : DT2
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-056005

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 : 338
Nom de l'adhérent(e) : AGIF FATNA
Total des frais engagés : 2256 Dhs
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
10/11/20	U		250DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HIBA Dr. Ahmed CHAFRY May Raha Rue Banafsaj N°51 Bis Beausejour Casa Tél: 05 22 94 99 34	10/11/20	2006.40

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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



Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques

Ancienne Médecin Interne au CHU Ibn Rochd-Casablanca
Echographie Thyroïdienne et Générale

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
التغذية و أمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء
الفحص بالصدى

1011120

1- Afil Rame

1) Doflo 1000
1 capsule

2) Deniden
1 capsule

3) Mycoster cre
1 capsule

4) Comoflucon 150
1 gelule

5) Novon 30 fleque
160.6 par

6) Janumet 50/850
1 capsule

2006.40

6 118001 160488
JANUMET® 50/850 mg
AMM 58DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 428,00 DH

6 118001 160488
JANUMET® 50/850 mg
AMM 58DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 428,00 DH

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Banafsaie
N°51 Bis Beauséjour Casa
Tél: 05 22 94 99 14

6 118001 160488
JANUMET® 50/850 mg
AMM 58DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 428,00 DH

LOT : 201019
PER: 06 2023
MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45 DH 20

LOT : 1015
PER : 04 - 23
P.P.V : 76 DH 20

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH

6 118001 121298

Dr. Houda AFANE
Spécialiste en Endocrinologie
et Nutrition
4, Bd Day Ouled Sidi BABA
Assidq 7, Etage 1, P
Tél: 05 22 25 31 12

134 شارع الداوي ولد سيدي بابا (واطو و الحبشة سابقا) إقامة الصدق الطابق الأول شقة 13 (قرب دار الشباب درب غلف) - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني: cabinetdrafane@gmail.com - الهاتف: 05 22 25 31 12

134 Bd Day Ouled Sidi BABA (Ex Wateau et Habacha) Résidence Assidq 1er Etage Appt N°13
(à Coté Maison des Jeunes Derb Ghallef) - Casablanca Tél : 05 22 25 31 12 • E-mail : cabinetdrafane@gmail.com