

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.

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- 052401

ND: 48943

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5229 Société : R.A.T.Y

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MORKANTY Abderrahim

Date de naissance : 30.06.1959

Adresse : Habituelle

Tél. : 06.03.05.56.45 Total des frais engagés : 650,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MORKANTY ABDE

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : RHABDO MYO

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 : CASAB

Le : 26/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

12.11.2020			150,0004
------------	--	--	----------

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17 Nov 2020	500,30 D.K ICE: 0004000360000038



ICE: 000485362000038

[illegible]

Journal of Management Inquiry 18(6) 709–724
© The Author(s) 2009
Reprints and permissions:
<http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

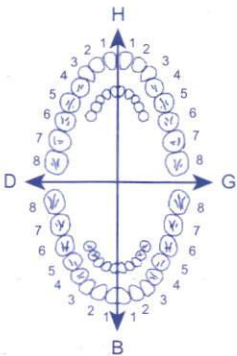
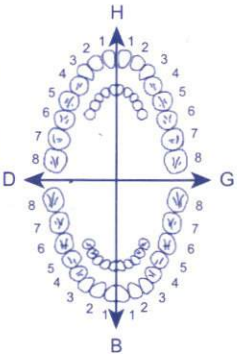
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

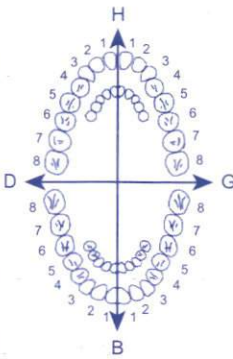
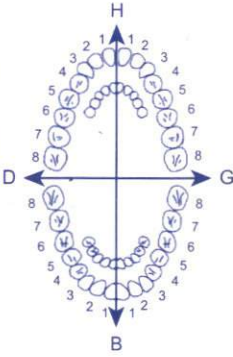
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																																														
					MONTANTS DES SOINS																																													
						DEBUT D'EXECUTION																																												
							FIN D'EXECUTION																																											
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																																											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> D B </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td rowspan="3">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr> <td rowspan="10"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="10"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			H 25533412 21433552 00000000 00000000		 G 00000000 00000000 35533411 11433553		D B					[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS													DATE DU DEVIS											DATE DE L'EXECUTION									
	H 25533412 21433552 00000000 00000000			 G 00000000 00000000 35533411 11433553																																														
	D B																																																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

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 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

AZ * 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60.00 DH

6 118000 190097

ام /
بدي
لب

الجراحة الصغيرة - الختان

AZ * 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60.00 DH

6 118000 190097

AZ * 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60.00 DH

6 118000 190097

Vita C1000®

PPV 15DH30

EXP 09/2023

LOT 08031 27

249
6 111248 410859

P.N : 36 g

PRD : 08/2020

EXP : 07/2023

LOT : 1242220

PPV : 249.00 DH

PPV:14DH00

PER:09/23

LOT:J2527

LOT 191341
EXP 04/2022
PPV 42.00DH

Casablanca, le : 12.11.2020 البيضاء في : 12.11.2020

MORICAN 14

60/100x3 AZ 500mg

14 x 3

15.30 vit C 1000

249.00

3) 14.00

42.00

5) 42.00

T = 500.30 DA

Dr. EL ARABI Redouane
Médecine Générale
141, Lot. Hadj Fateh
2 El Oulfa - Casablanca
Tél : 022.93.03.09

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 03 09

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C - Appt. 2 - Casablanca - Tél. : 05 22 93 03 09