

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.

Biologie 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- 063045

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5696 Société : RAY 49503

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DRISSI AHMED

Date de naissance : 01/01/1939

Adresse : N°37 Rue 200 Hassan Hassania

OULFA CASABLANCA

Tél. : 0662555650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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
23/10/2020	Consultation à domicile		1500,00 D.H.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.10.2020	1153,20
	26.10.2020	132,00

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
		AM	PC	IM	IV	
	23.10.20					450,00 D.H.

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 <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="0"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D	G																								
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				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



LYS PHARMA SARL
TAHIRI-JOUTI
Pharmacie
Boulevard Sebou
150, El Oulfa
CASABLANCA
Tél: 05 22 91 00 97

Casablanca, le 23/10/2020

M. Dassi *AKDITAL*

- 316,00 1/ Plavix 75mg
- 34,60 2/ Lanitop 20mg
- 40,00 3/ Tecpril 1,2
- 57,80 4/ L DNaR 10mg
- 152,00 5/ Novex 0,6ml
- 143,60 6/ Droksen 200mg
- 149,50 7/ Spectru 500mg
- 79,70 8/ Zitromax 500mg
- 180,00 9/ Fluoxet 150mg

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba3 Casablanca
Plavix 75 mg , cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH



LOT : 20E013
PER : 12/2023
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba3 Casablanca
Oroken 200 mg , cp pel b 8
P.P.V : 143,60 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba3 Casablanca
Oroken 200 mg , cp pel b 8
P.P.V : 143,60 DH



UT.AV. : 08 2022 P.P.V. 79 70
LOT N° 1 2 9 5 3 7 9 **79,70**

99366030/4

LOT 201043 1
EXP 04 2023
PPV 180 00

180,00



40,00

LOT 200283
EXP 03/2023
PPV 149.50DH



LOT 200777
EXP 03/2023
PPV 115.00DH

152,00

LOT : 201051
UT AV: 07/2023
PPV : 57,80DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV(DH):

N° [REDACTED] رقم

B.P. DH.

[REDACTED] 450.00

درهم

Reçu

توصيل

Reçu de DRISSI AHMED توصلت من

la somme de [REDACTED] 450.00 بما قدره

[REDACTED]
pour TRANS Port Ambulance وذلك

14 في الموافق

Signature

الإمضاء

le 03.10.2020


AMBULANCE INTERNATIONALE
S.A.R.L.
Local N° 5, Mosquée Al Kawtar
Commune Ouled Saleh - Nouaceur
Tél: 0522.39.39.09