

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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° P19-0042943

Maladie Dentaire Optique **52553** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **000863** Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e) Autre : **VEUVE**

Nom & Prénom : **LOUKRIFI SAADIA**

Date de naissance : **11/11/1949** à **Casa**

Adresse : **63 Rue Mety 4ème Ben Taha Casablanca**

Tél. : **05 22 44 30 75** Total des frais engagés : **120990** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **17 DEC 2020**

Nom et prénom du malade : **Said** Age : **71**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **HTA**

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 : **Casablanca** Le : **21/12/2020**

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 Règlement des Actes
17 DEC. 2020	Grey	-	3000M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien au Coût Fournisseurs	Date	Montant de la Facture
	17/12/20	909.90

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	

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 <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="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

مزة بنونة

(فرنسا)

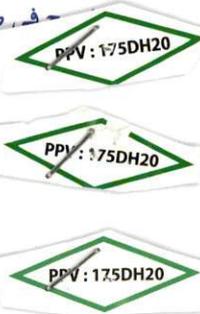
طب والشرايين

بات نانسي

خريج في الفحص الالي للقلب والشرايين (نانسي)

طبيب المستعجلات بنانسي

LOT	200676	1
EXP	03	2023
PPV	60.00	
LOT	200676	1
EXP	03	2023
PPV	60.00	
LOT	200676	1
EXP	03	2023
PPV	60.00	



Casablanca, le : 17 DEC. 2020 : البيضاء، في :

1 SAID سويد
 175, 2043
 STAMM 160 سونو
 60, 100 PEDIUM 600 صيدو

56, 30
 PHARMACIE IS Kamadan
 181, Drog F Lot. Le Comptoir
 Benjdia - Casablanca
 Tél : 05 22 45 29 21
 Hamza BENNOUNA
 Cardiologue
 Bd. Abdelmoumen et Rue Abd
 CASABLANCA
 Tél. 05 22 86 39 39

PPV: 56, 30 DH
 LOT: 20127D
 EXP: 10/2022

79,00

APIXOL

boite x 3 / 0

Lot: 190815
À consommer
avant le: 12/2022
PPC: 79,00 DH

69,00 Docuvox

1400 sucs x 1

LOT: 200313
DLUO: 09/2023
69,00 DH

909,90

~~Dr. Hamza BENMOUNA
Cardiologue
3d. Abdelmoumen
Rue Abdelmalek
Tél. 05 22 80 63 39 / 38 38~~

PHARMACIE 15 Ramadan
161, Bloc F Lot. Le Comptoir
Benjdia - Casablanca
Tél : 05 22 45 25 21

PHARMACIE 15 Ramadan
161, Bloc F Lot. Le Comptoir
Benjdia - Casablanca
Tél : 05 22 45 25 21