

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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

La 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

Nº P19- 054981

ND: 585+6

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1901

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JABRANNE Hassan

Date de naissance :

01/01/1955

Adresse :

AL YASTINE imm 74 APP 7 R5

Tél. : 0663291879

Total des frais engagés : 644,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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 : Casablanca, le 09/12/2020
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/12/2020

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALSAM EL YASSMINE SARL AU Imme 79 N°4 GH R5-OR Opération Addouqa Al Yassmine Casablanca Tél: 05 22 65 05 10 Spécial Colis		644.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan d'état.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CÉEFFICIENT DES TRAVAUX												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553
H	25533412	21433552														
00000000		00000000														
D	00000000	00000000														
35533411		11433553														
[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

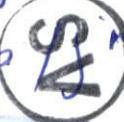
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 09/12/2020

ORDONNANCE

Mme Chabbi Saïda

79,00x3

- 1) Tafadol my : 1cp/j matin 
- 2) 101,80x2
- 3) Goversyl 5mg : 1cp/j rdh 
- 4) 50,70x1
- 5) Candesiel 2,5 3/2 cp/j lemat 
- 6) 30,70x3
- 7) Kordelgic 75mg 6 1S/j matin 
- 8) 13,40x3
- 9) Levophyza 50 my : 1cp/j matin 
- 10) 6,80x3
- 11) Levophyza 25 my : 1cp/j matin 
- 12) Levophyza 25 my : 1cp/j matin 

TO 3m/s
644,00



MINISTÈRE DE LA SANITÉ
HÔPITAL AL YASSMINE (SARLAU)
Immatriculation : R5-OR
Opération Al Yassmine Al Yassmine
Casablanca - Tel: 05 22 65 05 10
Spécial Coûts

79,00 x 3

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

Pfizer
laboratoires
S.A.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340



TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

Laboratoires
Pfizer
S.A.

101,8 x 2

101,80

50,70

CARDENSIEL 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

30,70 x 3

Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30
P.P.V : 30,70 DH

1340 x 3
6 118001 102013
Levothyrox® 50µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6,80 x 3
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160336

PHARMACIE SALSAM
EL YASSMINE (SARL AU)
Imm 73 N°4 GH R5-OR
Operation Addouhia Al Yassmine
Casablanca - Tél: 05 22 65 05 10
Spécial Colis



644.00