

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-797897

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12607 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SBAI Amine

Date de naissance : 05/01/1987

Adresse : Résidence Niguel Marine App 4, Route AZENOUR

Tél. : 0676393530 Total des frais engagés : 624.00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham KADMIRI
PÉDIATRE
INPE: 091283879

Date de consultation : 26/04/2023

Nom et prénom du malade : SBAI Radi

Age : 6 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Vaccinale

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 : 26/04/2023

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 honoraires
26/04/93	CS	A	25.0 DH	INP : [] Dr. Hicham KADMI PÉDIATRE INPE: 091283879

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL HANBOULLAH Dr. Zahra Hafida Ansari N°123 Loc. Bouazza - Casablanca 0522.29.03.46 / WHATSAPP: 06.00.73.35.76 ICE: 001013220000066 INPE: 092067214</p>	26/04/23	36400

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																										
					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					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																										
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>						H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B													
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

Dr Hicham KADMIRI

- Pédiatrie
- Néonatalogie
- Urgences



الدكتور هشام القدميري

- طب الأطفال و الرضع

و حديثي الولادة

- مستعجلات

Casablanca le 26/04/2023

Sbati Radio

36 km



① Varivox

PHARMACIE EL HENDOUTILLAH

Dr. ZAHRA HADJILAH

Lot. Ansari N°122 Dar Bouazza - Casablanca

Tél : 0522.29.09.46 / WHATSSAP : 06.00.73.33.76

ICE : 0010133220000066

INPE : 092067214

VARIVAX[®] vaccin
Suspension injectable
Bouteille d'un flacon unitaire de 0,5 ml
PRIX : 364,00 DH
AMM N° : 789160MP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc

Dr. Hicham KADMIRI
PÉDIATRE
INPE: 091283879