

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-729113

161553

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13 136

Dentaire

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL RHOULI YASSEF

Date de naissance :

19/05/1992

Adresse :

39, Villas d'Anfa 3, Dar Bouazza, Casablanca

Tél. : 06 15 10 93 68

Total des frais engagés :

400 Dhs

Dhs

—

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham KADMIRI
PÉDIATRE
INPE: 091283879

Date de consultation :

20/05/2023

Nom et prénom du malade :

El Ahouli Ahmed

Age : 9 mois

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vaccination

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 : CASA

Le : 20/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

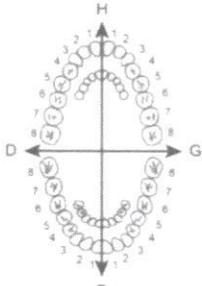
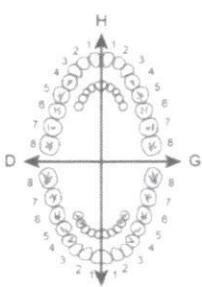
Autorisation CNDR N° : A 215/2019

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
16/05/2023	CS	1	# 250 DH	INP : [REDACTED] Dr. Hicham KADAMI PÉDIATRE INPE: 091285679

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguier	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAFIDA Dr. ZAIDI Hafida Lot Anssaf N°123 Dar Birouza - Casablanca Tél: 0522.29.09.46 / WhatsApp: 06.00.73.33.76 ICE: 001033220000066 INPE: 092067214	20/05/2023	150,90

ANALYSES & RADIOPHOTOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

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 b ^a de l'ODF				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				Montants des soins [REDACTED]
				Début d'exécution [REDACTED]
				Fin d'exécution [REDACTED]
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000 35533411	B	00000000 11433553	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession				
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				Montants des soins [REDACTED]
				Date du devis [REDACTED]
				Date de l'exécution [REDACTED]
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

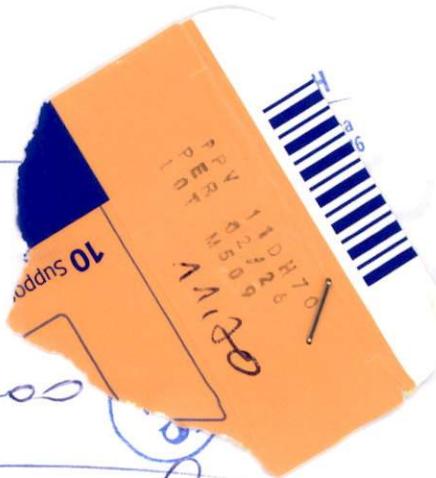
- طب الأطفال و الرضع
- و حديثي الولادة
- مستعجلات

Casablanca le 20/05/2023

El Rhouli Ahmed

ABD, 20

① Priorix 1g



② Dolipron 200

Suppo 16h si fièvre
N.70

CT 150,90

*Dr. Hicham KADMIRI
PÉDIATRE
INPE: 091283879*

ID:651053 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139,20 DH
6 118001 140923

