

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

A78114

Déclaration de Maladie : Nº S19-0046220

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4236** Société : **R.A.M**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **HARAKAT Wafa** Date de naissance : **25.06.1970**

Adresse : **Dr Nalak Rue Jel Agouti C1 Cax**

Tél. : **0663 444** Total des frais engagés : **615,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/08/2023**

Nom et prénom du malade : **Mme Harakat** Age : **59**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Infection buccale**

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 : **Cax** Le : **07/08/2023**

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 Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUMNI MOUNA 6-7 Rue Ain Asserdouine CIL - Casablanca Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69	02/08/13	315,30

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		consultat D5	
		Dr. AL MOUHSSINE Chirurgien dentiste Tél : 0522 23 67 87 0522 36 06 38	COEFFICIENT DES TRAVAUX D5
			MONTANTS DES SOINS 300 DHS
			DEBUT D'EXECUTION 02/08/23
			FIN D'EXECUTION 02/08/23
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	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 Chirurgien dentiste Tél : 0522 23 67 87 0522 36 06 38			



Docteur Alj Mouhssine
Cosmétique et Esthétique Dentaire

Casablanca le 02 Aôut 2023

Mme Harakat Wafaa

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUINI MOUNA
6-7 Rue Ain Assidoune
CIL - Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

- Birodogy^l

3 comprimés par jours après repas pendant 5 jours.

- Inexium 40 mg

2 comprimés par jours avant repas.

- Mycoderme 1%

1 application par jours.

- Daktarin 2%

Gel buccal 3 fois par jours après brossage.

BIRODOGYL
CP PEL B15
LOT : 22B01F
PER : 11/2025
P.P.V : 102DH00
6 118000 060567 O

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
841/5DMP/21NRQ P.P.V : 123,60 DH

LOT : 08020269
PER : 10/2027
PPV : 36,70 DH
Topique

MYCODERME 1% CRÈME
118000 230151
0,500 g

BD Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal 140g
P.P.V : 53,00 DH

LOT : 08020269
Date de fab : 10/2022
Dr Ali Mo EXP : 09-2025

Dr ALJ MOUHSSINE
Chirurgien dentiste
Tél. 0522 23 67 87
0522 36 06 38