

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-813415



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 128856 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre
Nom & Prénom : EL WATTAH Amine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 779840 Total des frais engagés : 507,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr ISSAAD Samia
Gastro-Entérologie / Proctologie
Ang Bd Oqba Benou Nafî et la Grande Ceinture
Imm El Dorado Apt N°15 Casablanca
Tel : 0522 62 98 09

Date de consultation : 07/09/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : Benochej

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/09/2023

INNIS AS

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
07/09/2023				INP : 891885169 Dr ISSAAD Samia Gastro-Entérologie / Proctologie Ang Bd Ouba Noun Naïf et la Grande Ceinture Km El Dorado Appt N°15 Casablanca Tel : 0522 62 98 09

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL DZHAR 149 Quartier Al DZHAR Tétouan 325461 PE: 00208447	07/09/23	507,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 de l'ODF.																		
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient														
				INP : <input type="text"/>														
				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 PROTHESSES DENTAIRES																	
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
		H	25533412	21433552														
		D	00000000	00000000														
		B	00000000	00000000														
		G	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		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																		

ORDONNANCE

..... le 07/09/2023

Mr EL WATTAH ALINE

125,00 x 2

1) SERETIDE 125 

45,30 2 bouffées / jr poff 3 mois



Pharmacie AL IZDIHAR
149 Quartier Al IZDIHAR
Berrechid 15
Tél: 05 22 32 54 63 min
INPE: 002084447

2) Veetoline 100

2 bouffées à renouveler
à la demande

61,00

3) Clortec 10 mg 

1 cp / jr poff 1 mois

36,40

4) Kopred 20mg 

3 cp / jr poff 5j

14,60

5) Dolipone 1g 

1 cp * 3 / jr poff 7j

Dr ISSAAD Samia
Gastro-Enterologie / Proctologie
Ang. Bd-Odha Biou Naïf et la Grande Ceinture
Imme El Dorado Appt N°15 Casablanca
Tel : 0522 62 98 09

507,30

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
ID: 650646
6 118001 141869

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
ID: 649667
6 118001 141869

14,60
PPV 14 DH 0
PER 11/15
LOT L3829

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables
6 118000 040361

Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

Lot L 67 E
11 2024
EXP 45,30 DH
PPV

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés

6 118000 094586

LOT : 2849
PER : 09-25
P.P.V : 61 DH 00

Clartec 10mg
boîte de 30 comprimés

6 118000 091370

LOT : 4115
PER : 12-25
P.P.V : 36 DH 40