

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-813413

181486



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 12350		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL YAWATTAH Amine
Nom & Prénom : EL YAWATTAH 1986			
Date de naissance : 1986			
Adresse : Benchid			
Tél. : 06 62 77 98 60		Total des frais engagés : 127,30 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr ISSAAD Samia
Gastro-Enterologie / Proctologie
Ang Bd Oqba Ben Nafil et la Grande Ceinture
Imm El Dorado Appt N°15 Casablanca
Tél : 0522 62 98 09

Date de consultation : 01/09/2023	Age:
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : Affection digestive	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : Benchid
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 03/11/2023



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
01/09/2023			G	INP DR ISSAAD Samia Gastro-Enterologie / Proctologie 469 Bd Oqqa Bnou Nafis et la Grande Ceinture Km El Dorado Appt N°15 Casablanca Tél : 0522 62 98 09

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL 1234567890 Quartier Béthune 546789 Béthune 62132 03 21 02084447	01/09/23	12A,30

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	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"/>															
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553
	H	G																	
	25533412	21433552																	
00000000	00000000																		
D																			
00000000																			
35533411																			
B	11433553																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			

ORDONNANCE

le 01/09/2023

EL WATAH ALINE

23,40

1) Loperim 2 mg (SV)

40,40

1 cp x 2 / J

41,30

2) METEOSpasmol (SV)

1 capsule x 2 / J

22,20

3) Ixor 20 mg (SV)

1 cp / J ptt f

127,30

4) Codoliprone (SV)

1 cp x 3 / J ptt f

Pharmacie AL IZDIHAR
149 Quartier AL IZDIHAR
Berrechid
Tél: 05 22 32 54 61
INPE: 00208447Dr ISSAAD Samia
Gastro-Enterologie / Proctologie
Ang Bd Ojea Bmo Nabi et la Grande Ceinture
Imme El Dorado Appt N°15 Casablanca
Tél: 0522 62 98 09

PPV : 23DH40
PER : 12/24
LOT : K3555

LOPERIUM® 2 mg
Lopéramide
20 gélules

6 118000 040521

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

IXOR 20 mg 7 comprimés effervescents

PPV 41DH30
EXP 01/2024
LOT 10032 1

اكسور®
20 ملغم
7 أقراص فاشرة

IXOR® 20 mg
7 comprimés effervescents

6 118000 032786

PPV 22DH70
PER 06/24
LOT L2000

Codoliprane

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES

6 118000 040217