

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-815273

189660

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

10747

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAYAA ILHAM

Date de naissance :

22 - 04 - 1975

Adresse :

RÉSIDENCE ANA AEROCITY Bd Moulay Abdellah CHAIC imm "K" APPT 04-02 HAY HASSANI CASABLANCA

Tél. : 06 66 63 25 32

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

M'BIRKOU M.
Médecine Générale
Horméopathie - Hypnose Thérapeutique
71, Bis Abou Salt Andaloussi
Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 25 95 40

Date de consultation :

02 JAN 2014

Nom et prénom du malade :

17. TAYAA ILHAM.

Age: 48

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite

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 :

Le 08 JAN 2014

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT



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
02 JAN 2018	C		200,00 DH	 Dr. M. BEN ABDELLAH Médecine Générale Homéopathie - Hypnose Thérapeutique 71, Bis Abou Salt Andalousi Maârif - Casablanca Tél: 05 22 25 93 40

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARACARIA 13 Rue du Général de Gaulle 77300 Melun	02/01/2024	464.62

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

VOLET ADHERENT

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	INP : <input type="text"/>			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
				MONTANTS DES SOINS			
				DEBUT D'EXECUTION			
				FIN D'EXECUTION			
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE						
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B						
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX						
	MONTANTS DES SOINS						
	DATE DU DEVIS						
	DATE DE L'EXECUTION						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION							

Docteur M'BIRKOU M.

الدكتورة أمبيركو م.

Homéopathie
Hypnose Thérapeutique
Médecine Générale

الطب التجانسي
العلاج المفناطيسى
الطب العام

71 Bis, Rue Abou Salt Andaloussi
Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 25 95 40
Aut. 5.375

Sur Rendez-Vous

71 مكرر، زنقة أبو سلطان الأندلس
المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 95 40

بالموعد

Casablanca, le 02 JAN 2025 الدار البيضاء، في

SYNTHEMEDIC
22 rue soueiri bous al soueim roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
200/6 µg
Flacon de 12 doses
104/14 DMP 21/NRQ P.P.V: 297.00 DH
6 118001 020706

AZ 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
P.P.V. : 60,00 DH
6 118000 190097

29700 - Symbicort 200 (1/1)
6000 - A.Z. 5 mg (1/1)
3800 - Proliktis (500 mg)
6780 - Dexa 10.000 mg (500 mg)
2180 - Polydext (500 mg)
46460 -

29700 - Symbicort 200 (1/1)
6000 - A.Z. 5 mg (1/1)
3800 - Proliktis (500 mg)
6780 - Dexa 10.000 mg (500 mg)
2180 - Polydext (500 mg)
46460 -

Dr. M'BIRKOU M.
Médecine Générale
Homéopathie - Hypnose Thérapeutique
71, Bis Abou Salt Andaloussi
Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 25 95 40