

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

- Reclamation : 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.

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° M21- 0033293

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUJTAHID ABDERRAHIM
 Date de naissance : 14 05 1955
 Adresse : Rue 12A N°0921 Djennat Casa
 Tél. : 0661 7275 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Samira GUASMIAT
 Médecin Généraliste
 C. U. d'Echographie Générale
 Jamila 5, Rue 62-60 1^{er} étage Djennat
 CASABLANCA
 Tél. 022 59 75 70 = 065 35 68 12

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 / 12 / 2023
 Nom et prénom du malade : Mlle MOUJTAHID Charifa Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : AFFECTIONS RESPIRATOIRES et DIGESTIVE
 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 : 26 12 2023 Le : Casa
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/23	360,00

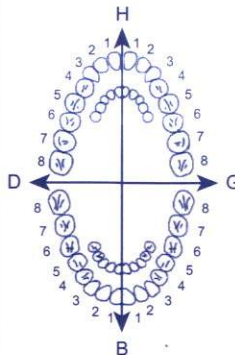
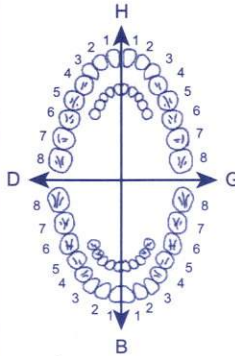
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 G </div> </div>	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	<div style="text-align: center; padding-bottom: 5px;">(Création, remont, adjonction)</div> <div style="text-align: center; padding-bottom: 5px;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;">DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;">DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Samira GUASMIATE
Omnipraticienne
C.U.Echographie générale
ICE : 001716682000066

Casablanca, le : 26/12/23

ORDONNANCE

Mlle noussou Charifa

79.70 1) AZ 500 1 cp / p

175.00 2) Seretide 120 2 inhob

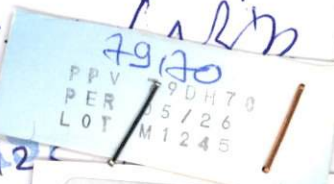
36.40 3) Kopred 20 2 cp

20.40 4) Gastrogel 100 2 cp

24.15 5) Tributone 100 2 cp

2 cp 2j mis 100 2 cp

TS 360 16



Dr. Samira GUASMIATE
Médecin Généraliste
C.U. d'Echographie Générale
Jamilia 5, Rue 62, Cité Djemaa Ben M'sik
CASABLANCA
Tél: 022 59 75 70 - 065 35 69 88

LOT : 5169
PER : 06 : 28
P.P.V : 24 DH 50

x 20ed