

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakr 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

W21-847195

203025

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 12936

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAMOURI MAROUANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661968974

Total des frais engagés : 764,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/09/2024

Nom et prénom du malade : LAAMOURI MAROUANE

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : CASA

Le 16/09/24

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHERENT

[illegible]

INPE 091239970

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/4/24	464,30

		EXE
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		

[illegible][illegible]

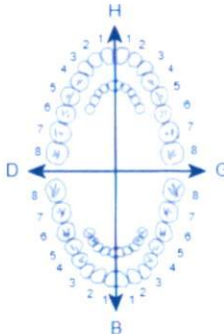
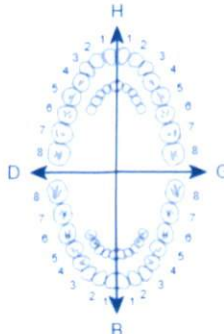
VOILET ADHERENT

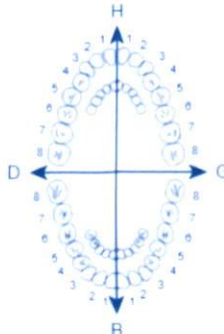
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
					

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<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;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient des Travaux
					

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	
	B		
	[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>	Montant des Honoraires	
			CœEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
			DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Reda HEJJOUJI

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et chirurgie Cervico-Faciale

- Diplômé de la faculté de Médecine
et de pharmacie de Rabat
- Ancien Médecin du CHU de Montpellier
- Ancien Interne à l'Hôpital Universitaire de Poitiers



الدكتور رضى حجوجي

إختصاصي في جراحة الأذن، الأنف و الحنجرة
و جراحة الوجه و العنق

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمونبلييه
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بواتيه

ORDONNANCE

Casablanca Le: 16/4/24

Dr. Reda HEJJOUJI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
N°1239875

Madame Looman

2 pil x 2' / 1

COOPER PHARMA
PPV: 70, 10 DH

COOPER PHARMA
PPV: 70, 10 DH

74,80

PPV 92DH30
EXP 10/2026
LOT 36028 6

PPV 42,00
LOT LT05
PER 09/2024

20 comprimés pellic.

6 1180

تجوزة 108 - شقة 1 - إقامة فردوس، الألفة، الدار البيضاء

Lot 108, Appt 1, Résidence Ferdaous, Oulfa Casablanca

redahejjouji@gmail.com + 212 5 29 95 91 90

Cable-

22/4/21

01/11/30

~~Dr. Seda HESOUJI
Rhinolaryngologist
INPE 091839870~~