

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 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

W21-841467

204229

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12610

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENMALLA Samy Amine

Date de naissance : 26-03-86

Adresse : Marhousa

Tél. : 0663 750 076

Total des frais engagés : 769,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Sidiq Elly Cherif

Cachet du médecin :

Médecin Généraliste
N° 28, 1er étage, Av. Abd Zarkouni
Hay Nahda - l'emara
Tél : 0537 60 79 64 - SM : 0668 43 38 21

Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhume allergique

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 : Casablanca

Le : 18/03/2024

Signature de l'adhérent :

PR4FR05/V2/20-10-2023

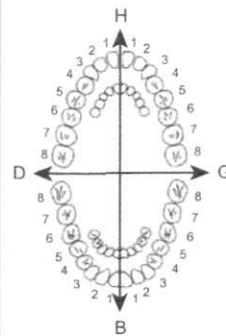
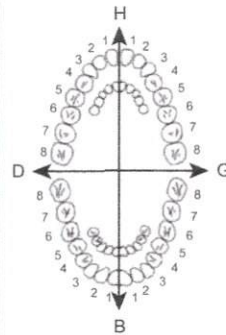
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
10/02/2024		01	150 000	Dr. Sidickhane M. Cherif Médecin Généraliste N° 28, 1er étage, Av. Méd. Zaki Hay Nahda - Témara Tel: 0637 60 79 64 - 0668 43 38 24

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/2/24	619,2

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	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. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des Honoraires	<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

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obesité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونتبليي (فرنسا)

تمارة في 10/24/2024

Nom: *Boudene*

Age:Ans

Prénom: *Samy*

T°:C°

Poids: *50kg*

TA:

1490 *Boudene* *3/4 mg*
2 kul / 1 mg / 4 02 mg
1900 *Boudene* *02 mg*
1 mg
02 mg
02 mg

Dr. Sidelkheir Mly Cherif
Médecin Généraliste
N° 28, 1er étage, Av. Med Zarkouni
Hay Nahda - Témara
Tél: 0537 60 79 64 GSM: 0668 43 38 21

رقم 28 الطابق الأول شارع محمد الزرقطوني حي النهضة - تمارة - الهاتف : 05 37 60 79 64
N°28 1^{er} étage Av. Med Zarkouni Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64
GSM: 06 68 43 38 21 / 06 61 16 17 69: المتنقل ICE : 001613243000095

Lot N°: 066T046A
FAB: 10/2023
EXP: 10/2025
PPV: 149DH00

Aeromax[®]
Budesonide

LOT: 066T041A
PER: 09/2025
PPV: 190.00 DH

501058b

Lot n° :
EXP :
PPV :

70,50

x 3 Ged