

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

- Réclamation : 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° W19-518186

W19-31906

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12648	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ENNAGAR DUSCAMS			
Date de naissance : 08/05/1988			
Adresse : Gare Marocaine Zone C Apt 92 Casablanca			
Tél. : 06 56 58 54 05		Total des frais engagés : 323,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 15/02/2023	
Nom et prénom du malade : oussama ENNAGAR	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> époux <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant
Age : 31	
Nature de la maladie : 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 de données personnelles.
Fait à : CSAS BLOUAR - 6ème SIEGE RAM Le : 28 JUN 2020
Signature de l'adhérent(e) : 3

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
15/10/2020	C.	1	120DH	INP : 0912373601
				DR. M. A. M. ZOUAR Généraliste Fax N° 04 Deraouia

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/2/2022	223.50

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

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 (empty table)	Nature des Soins (empty table)	Coefficient (empty table)	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"/>													
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td rowspan="4"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </td> <td rowspan="4"> G 21433552 00000000 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553											
							[Création, remont, adjonction]										
							Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital
Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale -Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle
Conseil nutrition



الدكتورة أحلام زكوار

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

طبيبة داخلية مارقا بمستشفى

مولاي يوسف بالدار البيضاء

الطب العام- الفحص بالصدى

تخطيط القلب- تهيج الحمل- مرض السكري و الضغط الدموي
الحمية العلاجية

ORDONNANCE

Déroulé le: 15/08/2021

Mr. Oussama Ennaya

22.50

1- Ométhiolog 100 mg agéL x 11i pdt fin.

55.90

2- Clopro me 10g ncpa 31h pdt fin.

61.10

3- Béhosstene 10g pdt fin.

84.00

3- Pemolim



PHARMACIE
LOT : 5810
UT.AV : 10-22
PPV : 41DH50

4- Alfer-Z 10g pdt fin.

1- Ceflofin

pdt 1mois.

203.90

تجزئة نورة 5 (أونا- بدر الخير) الطابق الثاني الشقة 4 الدروة برشيد
Lotissement Nora 5 (Ona Badr el khayr) 2ème étage App 4 Deroua Berrechid.
Tel: 07-00-86-13-43 / Gsm: 06-76-67-07-80

Confid. Sen. Di

Dr. A. A. A. M. A. S. C. U. D. U. A. R.
Médecin Généraliste
Lot N° 04 Berroua
2ème Eig N° 5
Province de Berrechid
Tél. 07 00 86 13 43