

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° W19-519026

ND: 35597



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHOLIKH OUSSARA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Lot des Orchidées II Bd RIAO Mohammedia

Tél. : 06.13.67.60.95

Total des frais engagés : 287 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09-07-2020

Nom et prénom du malade : Kholikh Hossna

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypertension

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 09 Juillet 2020 à Mohammedia Le : 09/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA GRANDE PHARMACIE EL GUEOUATRI 51000 DOCTEUR EN PHARMACIE 11 BD HASSAN II MOHAMED Tel: 05 23 32 07 12	20/01/2020 05/01/2020 05/01/2020	37,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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"/>										
				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													
	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	21433552													
25533412	00000000													
00000000	00000000													
00000000	35533411													
B	11433553													
				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 Mohamed SEDIRA
PEDIATRE

Prématuré - Nouveau né - Nourrisson - Enfant
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R
1er étage. App. N°4 - Mohammedia
Tél.: C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le



الدكتور محمد سديرة
طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

15، شارع الجيش السلكي
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية
العيادة : 05 23 31 06 08
المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, في:

09.07.2018

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant

W.HOUKH Pnes

LA GRANDE PHARMACIE
EL GUEOUATRI SAMIRA
DOCTEUR EN PHARMACIE
WARDA 1 BD HASSAN II MOHAMMEDIA
Tél: 05 23 32 01 10

20,00

14,00

34,00

M. SEDIRA Dr
14.07.2018

Algo febre

Dr. SEDIRA Mohamed
15, Av des FAR 4th Mohammedia
Appartement 4th Mohammedia

Algofene suspension buvable Flacon 150 ml



6 118000 092285

LOT : 8584
UT. AV: 02-23
P.P.V : 17 DH/00

Supposédal Paracétamol

Enfant, 12 suppositoires



6 118000 092360

20,00