

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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

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



ND: 41592

Déclaration de Maladie : N° S19-0001110

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11117 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMAKRI Yasmine Date de naissance : 12/09/17

Adresse :

Tél. : 06 44 25 63 35 Total des frais engagés : 24 SEP 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur SEMMAMI Mouna
OMNIPRATICIENNE
Rés. Al Mostakbal - GH 34 Imm 300
N° 1, Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casa
Tél : 05 22 97 26 91

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 JUL 2020

Nom et prénom du malade : Mlle EL Nouki Yasmine Age : 15ans

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

Nature de la maladie : Dysménorrhée

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 : CAS Le : 25 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEU

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
27 JUL 2020	CA		150,00	<p>Docteur SEMMAMI Mouna</p> <p>OMNIPRATICIENNE</p> <p>Rés. Al Mostakbal - GH 34 Imh 300</p> <p>N° 1, Bd Al Quds - Sidi Maârouf - Oasa</p> <p>Tél : 05 22 97 26 91</p>

attestant le Paiement des Dues

Docteur SEMMAMI Mouna
OMNIPRATICIENNE
Rés. Al Mostakbal - GH 3^e Imm 300
N° 1, Bd Al Qods - Sidi M'arouf - Qasa
Tél : 05 22 97 26 91

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIA Rés. Rixensart 645, Imme. 1 Tél.: 0922 65 04 70	27/7/20	170.70

PHARMACIE MIA
R65, Rue de la Gare, 55, Immeuble 1
Tél: 0122 65 04 70

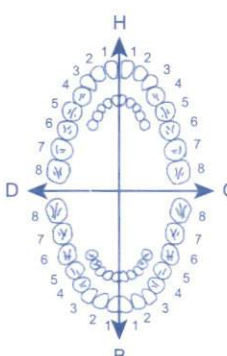
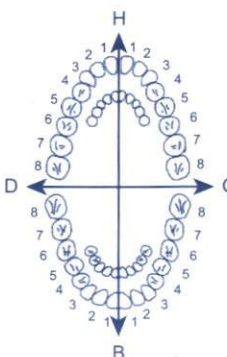
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

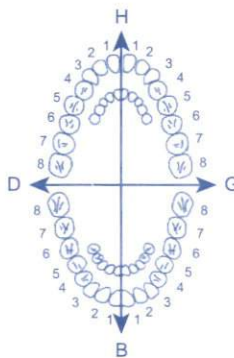
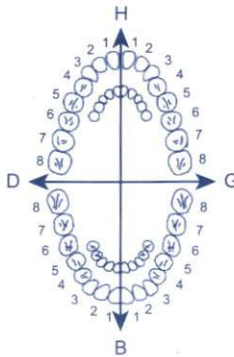
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr Mouna SEMMAMI

Diplômée en expertise médicale
et réparation du dommage corporel

Diététique Médicale et Nutrition

Dermatologie interventionnelle

Médecine Générale

الدكتورة منى السامي

مجازة في الخبرة الطبية

و إجبار الضرر

التربية الغذائية و الحماية

التدخل الجلدي

الطب العام

Casablanca, le 27 JUL 2020 في الدار البيضاء

Alk El Bouki Yasmine:

1° / 95.00
2° / 30.00
3° / 45.00
170.00

Extramag.

1 cp le matin (1/10)

Nurodol 400 mg

1 cp / 6 h

No Spa forte

1 cp x 3 / J sidonben

COOPER PHARMA
PPC: 95,00 DH

PPV :
LOT :
PER :

30,00

PHARMACIE MIA
Rés. Riad Soufia GH5, Imm. 1
Tél.: 0522 65 04 70

Docteur SEMMAMI Mouna
OMNIPRATICIENNE
Rés. Al Moustakbal - GH 34 Imm. 300
I. Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Cas
Tél.: 05 22 97 26 91

NO - SPA FORTE 80MG
CP B20
P.P.V.: 45DH00
LOT: 19E002
EXP: 09 2022
6 118000 061816

إقامة المستقبل, GH 34, عمارة 300, رقم 1, شارع القدس, سيدي معروف, الدار البيضاء

Résidence Al Moustakbal, GH 34, Imm. 300, N° 1, Bd. Al Qods, - Sidi Maârouf - Casablanca

☎ 05 22 97 26 91



091165589