

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-572835

51729

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11471	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASERRAR Mustapha			
Date de naissance : 13/12/74			
Adresse : N° 191 LOT MABROUKA Sidi MAAROUF Casablanca			
Tél. : 06 66 35 08 93	Total des frais engagés : 572,20 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Mohammed BEN SIDI Spécialiste Pédiatre 3 Angle Rue Damâ Ayyad - Hayess II Tél: 022.22.14.55 - Casablanca	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 16/12/2020	
Nom et prénom du malade : ASERRAR LOUKHANE AHMED	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Anémie	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous une enveloppe à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, et déclare
d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : 65

Le : 16/12/2020
ACCUEIL

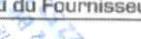
VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-572835
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 11471
Nom de l'adhérent(e) : ASERRAR
Total des frais engagés : 572,20 Dhs
Date de dépôt : 24/11/20

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
16-14-2021	1	1	250000	INP 09/06/2021 Dr. Mohamed Hassen Spécialiste Pédiatre 3 Avenue Hmouda Avenue Hassen Tel: 028 22.14.55 - Casab

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Signature du Pharmacien	20/11/2010	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

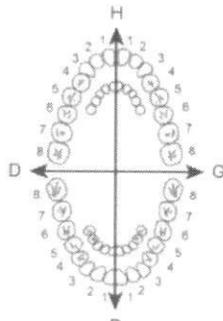
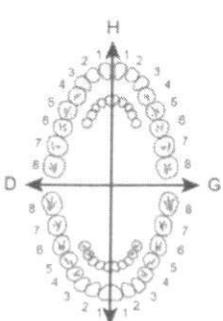
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'OROF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 26533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION					

Docteur BENNIS Mohammed

Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine &
au Centre Hospitalier Ibn Rochd Casablanca

PEDIATRE

NEONATOLOGIE - NUTRITION - REANIMATION
URGENCES - ASTHME



الدكتور بنيس محمد

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب
والمراكز الص

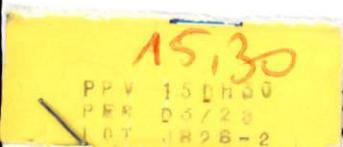
UT.AV.: 08 2022
LOT N°: 1295379 P.P.V.
79 70 70 70

Casablanca, le 15.10.2020

09366030/4

Enfant ASERRAR Ahmed Loukmene

Age : 12 ans 8 mois



1. 250mg cp pellic : B/6

omprimé le matin, pendant 5 jours

2. DOLIPRANE 500 mg cp : B/100

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 2 jours.

1 boîte

3. APIXOL SRAY GORGE

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 4 jours

4. MAGMINE COMP

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 15 jours.

5. CALCIBRONAT 2 g cp efferv : T/20

Prendre 1/2 comprimé le matin et le soir, pendant 10 jours

PHARMACIE JAHNS POLO
Pajaa SEKHA
Docteur en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

PHARMACIE JAHNS POLO
Pajaa SEKHA
Docteur en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

8 032578 479683
LOT 190896
2022/42
PPC: 89,50 DH

M8763 0623
LOT PER
Prix 99.00

PPV 38DH70
EXP 06/2023
LOT 06013 3

Calcibronat® 2 g

20 COMPRIMES
EFFERVESCENTS

3. زنقة درعة، محج الحسن الثاني - الدار البيضاء - الهاتف ع. : 05 22 22 14 55 - المحمول :

3, Rue Darâa, Angle Av. Hassan II (en face CNIA & CIH) Casablanca - Tél. : 05 22 22 14 55 - GSM : 06 61 15 48 60

E-mail : drmbennis05@gmail.com