

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

Nº W19-471646

1646 (53 852)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	03532	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Nouri mostafa			
Date de naissance :	15-09-1955		
Adresse :	Rue El Hagey Rue 6 N° 7 - GABABOUA		
Tél. :	0661 48 8244	Total des frais engagés :	657,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	21/12/2020		
Nom et prénom du malade :	Amina Bokodouss Agé : 6 mois		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	P.I.D + allaité		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p[er]confidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

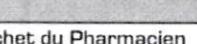
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
21.12.2020	CA		250DH	INP : 0912056110 Dr FATHI Pneumophtis 221 1 ^e étage Bd Jemaa El Fna 506 546 / 0622 506 546

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>BENCHIKHI B. Dr En Pharmacie 14V Abdellah Rue 75 n° 40 0522 50 24 80</p>	21/12/2022	377130

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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 style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	G																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الربو (الضيق)، الحساسية

اختبار الحساسية

أمراض التدخين

الإقلاع عن التدخين

مرض السل

فحص وظائف الرئة، الفحص بالمنظار

أمراض النوم

الامراض المهنية

Asthme - Allergie

Tests cutanés

Pathologies liées au tabac

Arrêt du tabac

Tuberculose

Spirométrie - Bronchoscopie

Pathologie du sommeil

Pathologies professionnelles

Ordonnance

Casablanca Le 21/12/2020

Nom : H me Amina Ben khalid soug

LOT: GB00851
PER: 05/2023
PPV: 185 DH 00

1 85,00 2 55,00 3 5,00 4 89,50 5 47,80

Salut 250 mg spray à (09h) 21h 2x500 ml matin } (03 mois)

Pharmacie INES صيدلية إيس
Hay Moulay Abdellah, Rue 75 n° 212, 1er étage
Tél: 0522 50 65 43
Dr FATIMA Pneumophtisiologue
Bd Temara, Casablanca

55,00
PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80

Barcode: 8 032578 479676

LOT: 200148
2023/03
PPC: 89,50 DH