

**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 Anglè 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° W19-506779

15979

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11048 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MAZOUKI Charifa
 Date de naissance : 22/02/85
 Adresse : Hay Keranbu OL N°60 Bd Hassan 1er
 Tél : 2643146800 Total des frais engagés : 339,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

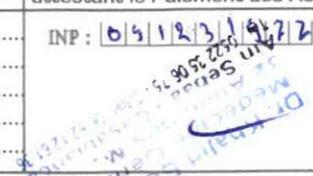
Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2020
 Nom et prénom du malade : HOU MIA Age: 12/02/195
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : balle
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie a 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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

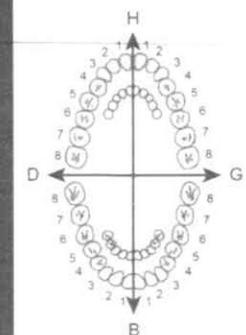
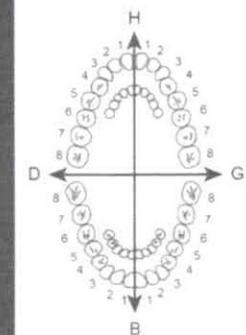


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/10/20	Ca	Ca	150M	INP : 0912311972 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/01/20	189,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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	
				ADL	PF	

RELEVÉ 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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D		B																	
	00000000	35533411	00000000	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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 Khalid **BOUHAIK**

Lauréat de la Faculté de
Médecine de Casablanca
Médecine Générale
Les Urgences
ECHOGRAPHIE • ECG
Oxygénothérapie



الدكتور خالد بوحايك

خريج كلية الطب بالدار البيضاء.
الطب العام • المستعجلات • الفحص بالصدى
تخطيط القلب • أوكسجين

Casablanca, le

04 / 01 / 2020

الدار البيضاء في

A Rioui Hô B A

DR. KHALID BOUHAIK
Méd. Gén. Urg. - 05 22 35 93 82
Ain Sebaa - 05 22 35 93 82
Tél : 05 22 35 93 82
GSM : 05 22 35 93 82

38,50
)

Neutral in



new 3

102,00
)

Protein 20



21

48,60
)

Protein 500



T = 189,10

PHARMACIE HAYKARAM
98 Bis, Av. C Hay Karam
Ain Sidi Bernoussi - Casa
Tél : 05 22 35 93 82
INPE 092091046

DR. KHALID BOUHAIK
Méd. Gén. Urg. - 05 22 35 93 82
Ain Sebaa - 05 22 35 93 82
Tél : 05 22 35 93 82
GSM : 05 22 35 93 82

LOT 8750
EXP 12/21
PPV 102DH00

PPV :
LOT :
PER :

48,60

PPV 38DH50

EXP 09/2022
LOT 94045 4

Neutral[®]

Anti-Acide

Suspension buvable 250 ml