

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 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-510191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8981

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

OUASSOU ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06-61-09-90-56

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

06/01/2020

Nom et prénom du malade :

OUASSOU ZINER

Age :

8

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 10/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)																								
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-403042	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-403042

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	8981
Nom & Prénom		OUASSI Abdelhak	
Fonction :	C.D.B.	Phones	0661099056
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>		Age	10 ans
Nature de la maladie		Date	6/1/2020
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Affection	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C		250845	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		06/01/2020	
302,60		PHARMACIE CHOKA Km 14 Douar Ouled Malet Bouskoura Casablanca 05 22 03 81	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

DOCTEUR KADA-ZAIR Jamel

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
SPECIALISTE DES MALADIES
DES ENFANTS ET DES NOURISSEMENTS
ASTHME - ALLERGIE PEDIATRIQUE
8, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél. : C. 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68
Fax : 05 22 23 08 07
E-mail : kadazair@gmail.com
Urgences : 06 61 14 16 22
INPE : 091082354
ICE : 001746690000091

الدكتور قدا الزاير جمال

خريج كلية الطب بنانسي
حاصل على شهادة الاختصاص في أمراض الأطفال والرضع
ضيق حساسية الطفل
8 شارع يعقوب المنصور الدار البيضاء
هاتف العيادة : 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68
الفاكس : 05 22 23 08 07
مستعجلات : 06 61 14 16 22

Casablanca, le 06/01/2020

OUAJJOU Zineb

(Age: 10ans 10mois Poids : 32.60 kgs)

DOLIPRANE 500 (cp) :

1 cp 04 fois par jour

AUGMENTIN enfants (sachets) :

1 sachet 3 fois par jour, pendant 8 Jour(s)

STERIMAR (spray) :

1 instillation nasale 3 fois par jour

DULTAVAX

PPV 150 DH 80
PER 10/22
LOT 12258
15,80

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets
PPV: 79,90 DH
LOT: 615268
PER: 05/21

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets
PPV: 79,90 DH
LOT: 619308
PER: 05/21

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Dultavax inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 127,00 DH
E 118001 080342

PHARMACIE CHOKR
Dr ZINE EL ABIDINE ZAKIA
Km 14 Douar Oued Ma
Bouskoura Casablanca
Tél : 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68
8, Bd. Yacoub El Mansour
CASABLANCA
PEDIATRIE - ALLERGOLOGIE