

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-499812

CA

www

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 16216			
Matricule : 11471	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASERRARoustaphia			
Date de naissance : 13/12/74			
Adresse : N°191 LOT MABROUKA Sidi MARRAUF Casablanca			
Tél. : 0666350893	Total des frais engagés : 532,30 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Dr. Mohammed BENNIS Spécialiste Pédiatre 3 Angle Rue Darra Avenue Hassan II Tél: 022.22.14.55 - Casa		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	02/01/2020		
Nom et prénom du malade :	ASERRAR Ahmed Loukmane Age: 12 ans		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie chronique		
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 : **Casablanca**

Le : **08/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-499812
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 : 532,30 Dhs	
Date de dépôt : 08/01/2020	

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
24.1.20	Cr	1	25926.00	INP : 091626564 Dr. Mohammed BENNIS Spécialiste Pédiatre 3 Angle Rue Daraâ Hassan II TÉL: 022.21.14.55 - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/01/2020	28238.00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

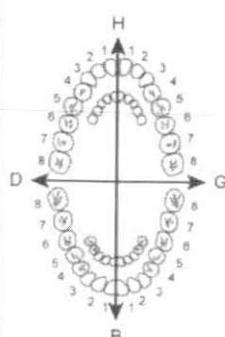
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

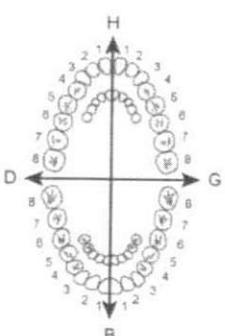
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25633412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

--

MONTANTS DES SOINS

--

DEBUT D'EXECUTION

--

FIN D'EXECUTION

--

COEFFICIENT DES TRAVAUX

--

MONTANTS DES SOINS

--

DATE DU DEVIS

--

DATE DE L'EXECUTION

--

Docteur BENNIS Mohammed

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

PEDIATRE

NEONATOLOGIE - NUTRITION - REANIMATION
URGENCES - ASTHME

PPV : 17,00

LOT :

PER :

Casablanca, le 02.01.202



الدكتور بن尼斯 محمد

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب
المملكة: الـ جامعي الدار البيضاء

PPV: 59DH00
PER: 02-21
LOT: H352

PPV: 59DH00
PER: 02-21
LOT: H352

atient ASERRAR Ahmed Loukmame

Age : 11 ans 10 mois

Poids : 55,00 Kg



1 SAPHIR SACHET 500

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, pendant

02x 83-

17.

2 NURODOL COMPRIME 200

Prendre 1 comprimé le matin, à midi, le soir et au
pendant 4 jours.



3 DRILL TOUX SECHE SANS SUCRE 5 mg/5 ml sirop em . 11/125ml

Prendre 1 cuillère mesure le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 4
jours.



4 PHYSIOMER SPRAY HYPERTONIQUE

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi, le soir et au coucher.

109.00 16.30



5 RHUMIX SACHET

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 4 jours
1 boîte



oldissemens.



Rhumix®
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

DR.
3. A.

LOT
EXP:

10004470
2022 01

العنوان:
استيراد شركة ستار للتجارة المغربية
Imported & Distributed by:
STAR S.A.C.
Bldg n° 56 - Street 104
Maadi - Cairo - EGYPT
Registration n° 116/2019/3

BOTTU SA
PPC : 109 DH-00

Barcode: 3 564300 001039

3 زنقة درعة، محج الحسن الثاني - البيضاء - الهاتف: 05 22 22 14 55 - الفاكس: 05 22 22 14 56 - المحمول: 06 61 15 48 60

3, Rue Darâa, Angle Av. Hassan II (en face CNIA & CIH) Casablanca - Tél. : 05 22 22 14 55 - Fax : 05 22 22 14 56 - GSM : 06 61 15 48 60

E-mail : drmbennis@yahoo.fr