

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 16987			
Matricole : 3660		Société : R A M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SEAKI Salaheddine			
Date de naissance : 05/05/1960			
Adresse : N° 325 Groupe Zenata 4 AL DODS SIDI BERNOUSSI - Casab			
Tél. : 0667 04 59 70	Total des frais engagés : 544, 90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 30/12/19			
Nom et prénom du malade : SEDKI Sophie Age : 50			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Breast Cancer			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS			
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 : **casab** Date : **16 JAN 2020** Le : **30/12/19**

Signature de l'adhérent(e) :

AGENCE ACCUEIL

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
30/12/95	9	250/0	250,00	INP : 0911914886

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIAD AL QODS 310 Bis, Gueliz, Casablanca - Maroc Houssain Al Qods - Tél. 05-22.73.41.91	30/12/95	294,10

ANALYSES- RADIOPHOTOGRAPHIES

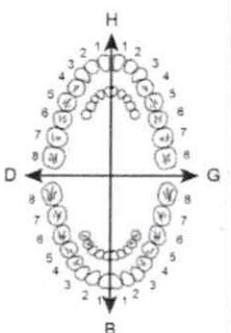
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

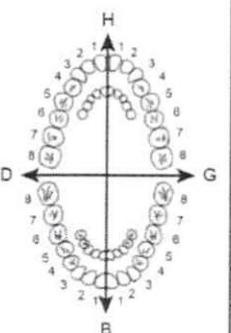
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

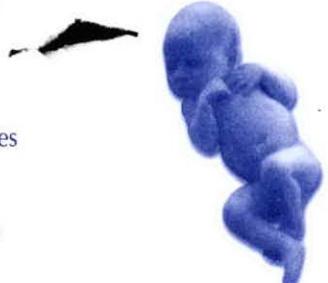
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalil MSA'YIF

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Puériculture - Urgences
Réanimation Néo-natale
Diplômé de la faculté de St Etienne
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France



Nom & Prénom :

Sedki Sophea

Poids :

PPV: 70,60 DH
LOT: 610840
PER: 10/2020

Age :

Casablanca, le :

20.12.19

70,60x²

~~Suplementum Siroop art 6 N°2~~

One 20 x 31 art 6

86,50

~~Clenil forte~~

~~S.Y.~~

86,50

12,80

~~Dolastop forte 300~~

~~Mo 32 n~~

PHARMAS
LOT : 4329
UT.AV : 07-21
PPV : 12DH80

19,00

~~Aspirine forte 415 mg~~

~~Mo 32 n~~

19,00

14

~~Nurofen sirop 100ml~~

~~S.Y.~~

PPV: 70,60 DH
LOT: 621965
PER: 03/2021

Cabinet de Pédiatrie

Bd. Ibn Tachfine, Résidence ASSALAM - IMB G 104 N° : 3 (RDC) - CASABLANCA

Tél. : 05 22.60.37.15

Urgences : 06 61.26.14.25

5

Bronceleber

3 h. 6 d.

- cac 3aij

$$\Delta \geq 29h, 10$$

34,60

