

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-452682

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 23126			
Matricule : 4456			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOKHTAR
Nom & Prénom : MOUKBAL			
Date de naissance : 13.12.61			
Adresse : Hôpital			
Tél. : 06 61 62 23 00		Total des frais engagés : 466,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 03/07/2020			
Nom et prénom du malade : MOUKBAL Ali			
Age : 1 an			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Femme			
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 28 FEV 2020** Le : **28/02/2020**
 Signature de l'adhérent(e) : **Ali**

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-452682	
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 : Ali	
Nom de l'adhérent(e) : Ali	
Total des frais engagés : 466,00	
Date de dépôt :	

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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.

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
23/01/2020	C	2,00	200	INP : 971800177 Docteur ABDALI BOUTAFER PEDIATRE Boulevard Chedid Abdallah Tel : 022 75.21.59 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

A circular blue stamp with the following text:
AHMED MOHIS SID BERNDUSSI
Tél : 05 22 73 33 33
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur
Date: 03/01/20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

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'OROF

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													
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	35533411			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		B	00000000	11433553												
		35533411														
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		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																

Docteur Khalid BOUJENA

PEDIATRE

Spécialiste des Maladies de l'Enfant,
du Nourrisson et du nouveau-né

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de l'Assistance
Publique et du SAMU Pédiatrique de Paris

الدكتور خالد بوجنة

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بباريس



Le : 03/02/2020

Montal Ali



MS5

11 Levamox 500 mg effervescent 1x64g

2 caplets 3 j/1; not reps

22,00 (à demander) - a 1/2

2) Algantol



48,00

2 elixirs

120 ml 1x4g

3) Kirtam 220 ml 1x4g



20,50

2 elixirs



4) Prostal 200 ml Sachets 1x4g

266,00 sachets



4، شارع محمد السادس بلوك فريد 101 الطابق الأول سيدى البرنوصي - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 75 21 59

4, Bd Ghaddaoui Abbas Bloc Farid 101 - 1er Etage Sidi Bernoussi - Casablanca - Tel: 05 22 75 21 59

Docteur Khalid BOUJENA

Boulevard Sidi Abdellah
Tél: 05 22 75 21 59

LEVAMOX® 500 mg / 62,5 mg 24 COMPRIMES EFFERVESCENTS

LEVAMOX 500mg/62,5mg x 24 CPS EFF

PPV 175DH50 EXP 01/2021
LOT 91049 1

PPV 200H50 EXP 03/2023
LOT 91030 2

PARANTAL 500 mg

16 SACHETS

ADULTES ET ENFANTS A PARTIR DE 27 kg

PPV 22DH00 EXP 06/2022
LOT 94007 5

ALGANTIL®

Suspension buvable pédiatrique
150 ml

HISTANORM® 5 mg/5 ml

PPV 48DH00 EXP 06/2021
LOT 95044 1