

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de M...

N° W19-540551

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 7791

Matricule : Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUANI Nahjoub

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tél : 0661 2 18 109 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin : الدكتور حسام بويارمان

Dr. Houssam BOUYARMANE
Traumatologie - Orthopédie
Expert en Évaluation
des Dommages Corporels
71, Bd. d'Anfa - Tél : 0522 200 245

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : CHAOUANI Nahjoub

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Mme CHRAIBI Nahjoub

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-540551

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
12 JUIN 2020	C		300	INPE 091164574 Dr. Houssam BOUYAZI Traumatologie, Chirurgie Expérimentale et Evaluation des Dommages Corporels 71, Bd. d'Anfa - Tél : 0522 200 265

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER NADIA BENNIS 701e Bd, Bir Anzarane et Ali Abdoumalik Tél : 022-94-45-30 - CASABLANCA	12.06.2020	186,10

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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] []																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																	
O.D.P. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B				
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D	G																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	B																				
	[Création, remont, adjonction]																				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

الدكتور حسام بويرمان
Docteur Houssam BOUYARMANE

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد - جراحة الركبة

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie de la Main - Chirurgie du Genou
Expert en Évaluation des Dommages Corporels

HB

LE 12/06/2020

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/INTO
1883
6 118001 160044

MAHJOUBA CHATOUBANI EP CHRAIBI

1/ ARCOXIA 90

1 - 0 - 0 Après repas pendant 7 jours

2/ RELAXOL

2 - 0 - 2 Après repas pendant 7 jours

133,00

LOT : 19E007
PER: 10 2022

RELAXOL 500MG/21MG
CP B20

P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

53,10

186,10

PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS
angle Bd. Sir Anzalone et Ali Abdousszak
Tél. : 022 94-45-30 - CASABLANCA

Dr. Houssam BOUYARMANE
Chirurgien Orthopédiste
Expert en Évaluation des Dommages Corporels
71, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél : 0522 200 245