

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 |

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.

N° W19-452530

62 287

CA

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10817 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRIOUICHE El Mehdi

Date de naissance :

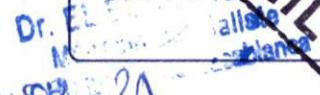
Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés : 348,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/02/21

Nom et prénom du malade : DRIOUICHE Nouf Age : 4 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CUEILLEUSE

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 : 26/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-452530

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 : 10817

Nom de l'adhérent(e) : DRIOUICHE

Total des frais engagés : 348,40

Date de dépôt : 04/03/2021

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
26-2-21	CS	5	5	INP : b90094424 Dr. EL BOUIHI RAJAA Médecin spécialiste CHU Ibn Roud Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE TÉLÉDÉCIDEZ EN LIGNE</i>	<i>26/02/21</i>	<i>44.84€</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 : <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 colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
<hr/>																									
D																									
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
<hr/>																									
G																									
B																									
	<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

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

مستشفى 20 غشت
Hôpital du 20 Août 1953

Casablanca, le : 26.02.21

ORDONNANCE

Docteur : Dr. El Hachemi

Dr. El Hachemi
MBBS
CHU Ibn Rochd

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Orklen 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH



6 118001 080052

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

118001 141258

Dhia WICHT Nour

Nour : 71Kg



1) Orklen spray

19.30 x2

1 dose au pieds

2x1



2) Delsipidat Rigide

(2 fls)

17.50 x2

1 dose au pieds 10 fibules

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Orklen 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH



6 118001 080052

PPV:17DH50
PER:09-22
LOT:12092

3) Venstone Spray (+ inhalator)
45.30
Eau fées 3x1

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 29,50 DH
ID : 626120R2



6 118001 141296

4) Vertebrine pour mobilisation

Pour mobiliser le rachis cervical

29-10

La Mme



Casablanca / Tel: 022 26 09 65
60, Bd. Mohammed V
Rabat - Maroc
Fax: 022 26 09 65
Tél: 022 26 09 65
Email: dr_el_bouih@yahoo.fr

Dr. EL BOUIHI RAJBA
Médecin spécialiste
CHU Ibn Rochd Casablanca