

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Déclaration de Maladie

N° W19-577671 CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHOUKH OUSSAMA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Résidence Les Orchidées III App. 56

MoBammedia

Tél. : 06 13 27 60 95 Total des frais engagés : 320,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11.02

Nom et prénom du malade : KHOUKH OUSSAMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Floc

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 : Mohammedia

Signature de l'adhérent(e) :

MARS 2021
ACCUEIL 2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-577671

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 : 12650

Nom de l'adhérent(e) : KHOUKH

Total des frais engagés : 320,4

Date de dépôt : 3 MARS 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
11/02/2024	Q		afp.	INSTITUT SEDIRA pédiatre des FARIS MOHAMED 608110

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JARDIN DES ORCHIDEES <i>Dr. Jihene TARIK Av. Med VI, Résid. Les Orr MOHAMMEDIA Tél: 05 24 30 12</i>	11/02/21	PHARMACIE JARDIN DES ORCHIDEES <i>Dr. Jihene TARIK Av. Med VI, Résid. Les Orchid. MOHAMMEDIA Tél: 05 24 30 12</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	D	B	E
	25533412	21433552	00000000	00000000
	00000000	00000000	35533411	11433553
H				
D				
B				
E				

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed SEDIRA
PEDIATRE

Prématuré - Nouveau né - Nourrisson - Enfant
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R.
1er étage, App. N°4 - Mohammedia
Tél.: C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد سديرة
طب الأطفال

الرضيع — الأطفال ،
خريج كلية الطب بباريس
الطبيب الرياضي

15، شارع الجيش المركزي
الطابق الأول — شقة رقم 4 — العيادة
05 23 31 06 08
العيادة : 06 63 44 32 71
المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le

11 / 02 / 2021

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant

12/10/2017.

2 mois.

21.60

4.

**PHARMACIE JARDIN
DES ORCHIDEES**
Dr. Jihane TAFIR
Av. Med VI, Résid. Les Orr
MOHAMMEDIA
Tél. 05 23 30 12 ..

49.00

21.

T = 70.60

Boutang
Acet x 30

Petite Dr. H.
Acet x 30

Dr. Jihane TARIK
DES ORCHIDEES
PHARMACIE JARDIN
Av. Med VI, Résid. Les Orr
MOHAMMEDIA

SEDIRA Mohamed
Pédiatre 1er Etat
15, Avenue des F.A.R.
App. 4 - Mohammedia
Tél. 05 23 30 06 08/INTE 91 128

Maphar
Km 10, Route Céder 111
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Petit Drill 125 ml Sirop
CE 22270/2018/DMP 31/12/18
P.P.C : 49,00 DH

BUTAMYL®

Salbutamol
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH



6 118000 190189

БУТАМІЛ
СІРОП

Сіроп для дітей
з симптомами астми

150 мл

21,40 DH