

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.

N° W19-597988

64988
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19708

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

B. ATTIAOUT MOHAMED - ANIWE

Date de naissance :

09/09/1986

Adresse :

Rue ouledd haddou n°117 n°117
Apt 13 CALIFORNIE CASABLANCA

Tél. : 0662637642

Total des frais engagés : 376.20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة بوخنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ANESTHÉSOLOGUE
120, Bd. My. Idrisse 1er - Casablanca
Tél. 05 22 20 45 45

Date de consultation :

09 MAR 2021

Nom et prénom du malade :

Dr HAOUI Abdullah Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Acne

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 : 09/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ALJEL

MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
09 MAR 2021	01	1	250	INP : INP : 091036160	الدكتور: ناصر بوعنانية NASSER BOUAGNANI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ZOOPLAINE</i> Date 10/31/2021 Bus 30 A 3 rd Latitudinal 44 Check 10/28 10/31/2021 50 60 26	09/03/21	126,20

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

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

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"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
B																
35533411	11433553															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض الحساسية والربو
الطب المثيل

09.03.2021

Casablanca, le

Enfant BAHAOUI Abdullah

Poids : 14,70 Kg

Age : 3 ans 5 mois

126,20



TYPHIM VI sol inj : Ser préemp/0,5ml

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâ Casablanca
Typhim vi inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 126,20 DH

6 116001 080166

T : 126,20

PHARMACIE ZOUHAIR
Piste 1032, Rte 80 N°39 bis
Hay Lakdim - Ain Chock
Casablanca - Tél: 0522 50 60 26

Dr. AMAL BOUGHNA
Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
126, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca