

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° W19-589641

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	12126	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : DADOUN HANAA		
Date de naissance : 27-01-72		
Adresse : 7, rue Stéphane Mallamé Val fleuri		
Tél. :	0661266619	Total des frais engagés : Dhs

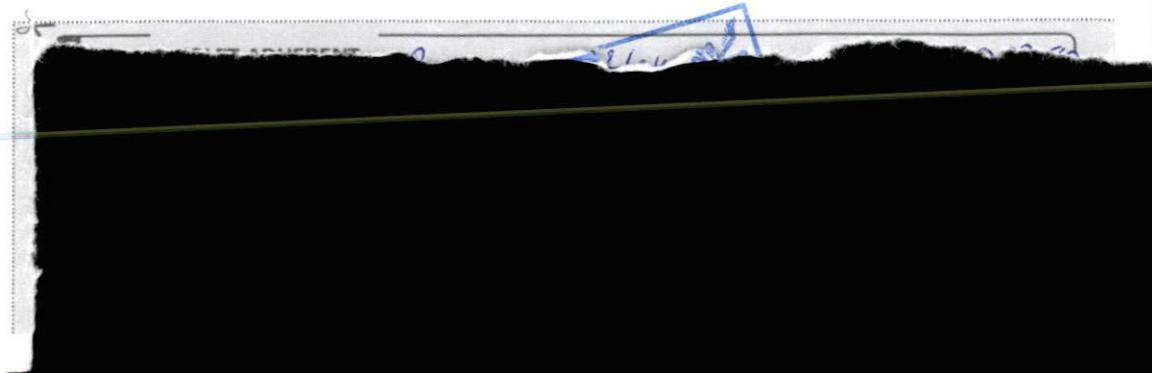
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : a. DADOUN HANAA		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : telle que		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
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 : CASA

Le : 02/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
21/4/2014	4		300	INP : 091118794 DR SAIDI GRANDE BOUTIQUE Boutique de Soins Casablanca Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CROIX D'OR N. BAPOUN 139, rue Abou Ishak Al Marcuni (Maarif) CASABLANCA - Tél.: 0522 25 05 74	02/06/21	#337.80 DH

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"/>
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $	$ \begin{array}{r l} H & G \\ \hline B & \end{array} $	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR SAÏD RAMY
Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux de France

Enseignant à la haute Ecole de Kinésithérapie (H.E.K)
Rhumatalogue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et
Colones vertébrale
Radiologie Osseuse



PHARMACIE DE LA CROIX D'OR

N. DADOUN

139, rue Abou Ishaq El Maroufi, Casablanca - Tel. 032

خريج كلية الطب بالليورنست فرنسا
طبيب معلن سابقاً مستفيض فرنسا
أستاذ بالجامعة الفرنسية

للترخيص طبي
لاراضي للروماتيزم
القضاء الفاسد، الدار البيضاء

PPV: 61DH50
PER: 10/23
LOT: J2766

PPV: 61DH50
PER: 12/23
LOT: J3472

144,50
LOT: 0087
PER: 07/22
PPV: 14 DH 50

Casablanca, le 21/11/95

1^{er} DADOUN HANAA
(61,50 x 2)

123,00 Aspirine 15 mg : capsule au M
du repas 20 g

114,50 5 800c 20 : gel 1

LOT: 0087
PER: AUT 2022
PPV: 14 DH 50

LOT: 0087
PER: AUT 2022
PPV: 14 DH 50

43,50 - paracétal : 2 cp ~

LOT: 0087
PER: AUT 2022
PPV: 14 DH 50

LOT: 0087
PER: AUT 2022
PPV: 14 DH 50

26,70 - colchicine : 4x1 j

1 mois

333,70

13,40

13,40

Dr Saïd RAMY
RHUMATOLOGUE
39 Rue Omar Slaoui Casablanca
Tél/Fax: 0522 26 68 78

GSM : 0661 42 78 23

39 زقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترقيف الدار البيضاء - الهاتف : 0522 26 68 78
39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taofik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 26 68 78
E-mail : saidram@hotmail.fr