

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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 personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

46809

Déclaration de Maladie
Nº M21- 073037

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2076 Société : RHM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mme Khadija BOUTNI

Date de naissance : 3 NOV 1956

Adresse : 30 Rue Okba Ben Nafaa, Hay Ezzel

Casa Albenia.

Tél. : 06 63 00 66 81 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Accompagnant Enfant

Nature de la maladie :

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.

MUPRAS
05 JUIL. 2021
M R ACCUEIL C. NINIA

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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° W19-537130

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2076	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Khedija BOUTNI
Nom & Prénom :		Mme	
Date de naissance :		03 NOV 1956	
Adresse :		30, rue el khourane, Agt su Hay ERRATHA	
Tél. :	0663 006681	Total des frais engagés :	513,70 DHS

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	11/05/21		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : jeudi Le : 11/05/21

Signature de l'adhérent(e) : J.D.J.

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-537130
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 :	2076
Nom de l'adhérent(e) :	Mme BOUTNI
Total des frais engagés :	513,70
Date de dépôt :	05/05/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>pharmacie INP-DL Abdelghani Bakhacha RUE Napoli 80 7 12-08 59</i>	<i>11/05/2021</i>	<i>263,70 Napoli INP</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina Hmamouche

Ep. Laalou

Médecine Générale

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

D.U en Prévention et Dépistage

en Gynécologie (Montpellier)

D.U de Stérilité - Fertilité

D.U de Colposcopie

D.U en Sénologie, (Grenoble)

D.U d'Echographie (Montpellier)

D.U en Diététique (Montpellier)

D.U de Diabétologie (Montpellier)



الدكتورة أمينة احiamoش

لعلو خ.

الطب العام

خبرة مخلفة مقبولة لدى المحاكم

دج في الوقاية والكشف عن الأمراض التناسلية

وأمراض النساء (متبولي)

دج. العقم - الخصوبة

دج. التغذير المهبلي

دج. في أمراض الثدي (كرتونيل)

دج. لداء السكري (متبولي)

دج. في الكشف بالأمواج الصوتية (متبولي)

دج. في التغذية (متبولي)

Rabat, le : 11 MAI 2021

mnz Boujni

KHADDOJA

- Stressum

22,7-

79,50

- Algeria

144,50

- Zengar 40

17,00

Sorbhepatic

2 felule / j



Pharmacie NAPOL
Dr. Abdellahni Bakhache
94, Rue Napoli Ocean
Tel: 037 72 08 59 Rabat
Lot 210223
Exp 09/2022
PPV 215.00DH

SORBHEPATIC
PPV 170DH00
EXP 02/2024
LOT 120221

Dr. Amina HMAMOUCHE
MEDECINE GENERALE
EXPERT ASSERMENTÉ
1 مكرو رقيقة ملوكية رقم 2 حي الحبيب - الرباط
1B3 EXP 06/2020
OAS GSM 10625
T.F.U 18025

ue de Madrid, Appt. N°2 Quartier Océan

Tél. C: 05 37 73 80 51 - D: 06 75 28 80 25

Napoli INP
102044781

1 مكرو رقيقة ملوكية رقم 2 حي الحبيب - الرباط

1B3 EXP 06/2020
OAS GSM 10625
T.F.U 18025

الهاتف : 05 37 73 80 51 - 06 75 28 80 25

T = 263,70