

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

MUPRAS : Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-645443

8248

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Matricule :

13145

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL FELLAH MAHMoud

Date de naissance :

16 MARS 1994

Adresse :

30, LOT KOUTOUBIA II, RUE TIFNA

SALE

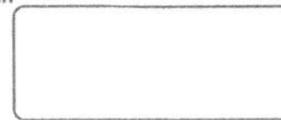
Tél. :

0622 12 18 11

Total des frais engagés : 791,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/07/2021

Nom et prénom du malade :

ELFELLAH ATT MAHMoud

Age: 27

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Le : / /

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
22.7.18	ACTS		300000000	INP : 101035818

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DR. TAзи SANAA	Date : 05/07/2021	Montant de la Facture : 491,10

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
<p>SOINS DENTAIRES</p>	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"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>																
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														

Docteur

Spécialiste de
Asth
Diplô

ZINASKIN®

PPV 400DH90

EXP 01/2024
LOT 00049 28

09366030/4

29,30

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

P.P.V.

70

79

79

Salé, le 23/7/2024

2622

AV:

AV:

~~29,30 x 2~~
~~159,40~~

ar EL Fettah
Toumous

Z. thomas

ZINASKIN®

PPV 400DH90

EXP 01/2024

LOT 00049

1701 P.S.

186-

1/2 86

R OFIKEN

PHARMACIE KOUT
DT. TAZI SANAR
Lot. Koutoubia, N°41
Tizi Ouzou, 05
INPE 27

6 "118000"250500"

UT.AV.: 1 2 2 2

LOT N°: 1197636

70

70

39,30

~~6090 x 2~~

188

09366030/4

~~28180~~

Z. inaskin

100% 86

OFIKEN® 200 mg
Céfixime
Boîte de 16 comprimés
Rambourable AMO



EXP 12/22

PPV 170.00 DH

محمد الخامس، عمارة الحظ السعيد، الطابق 1 - تابريكت
2 Avenue Med V.Imm. Had Essaid. 1 er étage - Tabri
Fabrique à Tizi Ouzou - Algérie
Tél: 05.37.86.11.32
Urg.
Spécialiste de la maladie de Tabri
2 Av. Med V. Imm. Had Essai
Fabriqué à Tizi Ouzou - Algérie
Tél: 05.37.86.11.32

DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
48	AM	PM	PM	AM