

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 Étage 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° W19-583851

83358

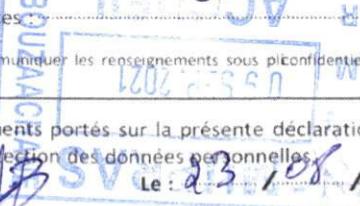


<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 02611	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BASSIME AHMED			
Date de naissance : 25-11-1962			
Adresse : Résidence AL WATHDA, B2M 05, BERRECHID			
Tél. : 0673717452	Total des frais engagés : 878,40 Dhs		

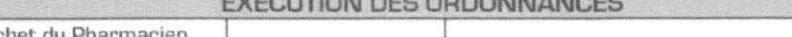
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. RACHID téro-Gas-ro-Entérologie-Pédiatrie Bd. Oum Rabia Rés. El Firdaus Imm. L 50 2ème Etage Oulfa Casablanca Tél: 05 22 90 05 22/06 61 51 22 34			
Date de consultation : 29/09/21			
Nom et prénom du malade : Bassime Ahmed Age: 50 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Troubles digestifs			
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 : BERRECHID Le : 23/10/2021
Signature de l'adhérent(e) :

El Moudi

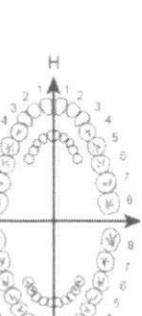


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/07/2011	(cc)		50	INF : 90090909 Dr Rachida Hépato-Gastro-Endocrinolo-Praticien Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus 1000 2ème Etage Oulfa Casablanca Tél : 05 22 06 61 51 22 34

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29-07-21	11.878,40

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 Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE				
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'ODF.				
SOINS DENTAIRES 		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"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		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"/>		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Hépato - Gastro
Entérologie - Proctologie
(Hémorroïdes - Fistule
- Fissure...)



الخصائص في أمراض
الهضمي
حة ال بواسير
المخرج



Dr.Rachida
Hépato-Gas n°-Entéro
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous
2ème Etage 22066 Casablanca

LOT: 210263
DLUD: 04/2024
59,00DH

LOT: 210263
DLUD: 04/2024
59,00DH

34,40
PFV 34 DH 40
PER 10/23
LOT J2928-2

CARBOLIDER PEGA 30 GELULES
LOT: S0165
PER: 02/2023
PRIX: 85 DH

AMM N°: 570/17 DMP/21/NRQ
LOT: 20067
PER: 03/2023
PPV: 102,00 DH

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V: 240,00 DH

Ou 6 118001 184989

34,40
34,40
34,40

reduire
pr

85,00
85,00

102,00

88,40
88,40

Dr. Rachida

Hépato-Gas n°-Entérologie-P
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous
2ème Etage 22066 Casablanca

Dr. Rachida

Hépato-Gas n°-Entérologie-P
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous
2ème Etage 22066 Casablanca

Dr. Rachida

Hépato-Gas n°-Entérologie-P
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous
2ème Etage 22066 Casablanca

Dr. Rachida

Hépato-Gas n°-Entérologie-P
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous
2ème Etage 22066 Casablanca

Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Im
Casablanca - Tél. : 05 22 90 0

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V: 240,00 DH

Ou 6 118001 184989