

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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° W21-634718

85967

| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 12585 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ZERHOUNI SOFIANE | | | |
| Date de naissance : 01/12/1987 | | | |
| Adresse : RBS LES CHAMPS 3 G18 NASSIM CASABLANCA | | | |
| Tél. : 06 6212 9142 Total des frais engagés : Dhs | | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin :  | | | |
| Date de consultation : 22/03/2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : LABAABI MOUDIA Age: 31 ans | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : urticaine | | | |
| 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 : **22/03/2021**
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22/07/21 | 02 | | 300 ₫ | INP : 091259585 MMI Khao Dien Phu Pheung Thong Nguay Tel: 091259585 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 22/09/24 | 152.80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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'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 PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | B H [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

DR FAHMI KHADIJA

Spécialiste des maladies respiratoires

Pneumologue - Allergologue

Adultes et Enfants



الدكتورة فهمي خديجة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

كبار وأطفال

الضيقية - الحساسية - اختبار الحساسية - مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة - الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - الإقلاع عن التدخين - الأمراض المهنية

Asthme - Allergies respiratoires - Tests cutanés - Tuberculose - Bronchoscopie - Explorations fonctionnelles respiratoires - Ronflement et apnées du sommeil - Aide au sevrage tabagique - Maladies professionnelles

Le : 22/9/2021

Mme Henda-Laraqi

66.00

1) Labiaten

(S.V.)

1cp x 10ml le suivi pdt 15j

LOT: 14520010
PER: 05/2025
PPV: 55,40 DH

51.70

2) AERIUS

(S.V.)

1cp x 10ml le suivi pdt 15j

LOT: 14520010
PER: 05/2025
PPV: 55,40 DH

34.70

3) Scat nose

(S.V.)

3cp x 10ml le suivi pdt 7j

Dr. FAHMI KHADIJA
Pneumologue et Allergologue
Casablanca * 326
Nassim Center
Chirurgie Thoracique et Endoscopique
Tél: +212 524 80 000
DC: AULÉAIE H.O.
PHARMACIE
LOT: 14520010
PER: 05/2025
PPV (DH): 34,70



0522 97 54 22



0663 75 05 10

Avenue Abou Bakr el Kadiri , Panorama offices, Immeuble 14, 2 ème étage, Bureau 8
Sidi Maarouf, Casablanca Maroc 20270