

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 | adhession@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° W21-602904

90676

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 6076 | Société : R.A.M | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : DITISSI Salah Eddine | | | |
| Date de naissance : 11/11/56 | | | |
| Adresse : 207 NAWBASS 267 Dan Bouazza | | | |
| Tél. : 0661183466 Total des frais engagés : Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : Dr ESSARRAJ HOUSSAIN Lot El Ansari N° 123 Dernier étage Tel : 0522 25 09 | | | |
| Date de consultation : 05/11/2011 | | | |
| Nom et prénom du malade : DITISSI Salah Eddine Age : | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Plante forte | | | |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

| 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 |
| 25/10/2023 | C | 1 | 100,00 | INP : 11111111111111111111111111111111 Signature du Médecin |
| 31/10/2023 | C | 1 | 100,00 | Signature du Médecin |

| EXÉCUTION DES ORDONNANCES | | |
|---------------------------|------|-----------------------|
| Cacher | Date | Montant de la Facture |
| 25/10/21 | | 190,60 |
| 30/10/21 | | 283,55 |

| 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 Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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"/> | | | | | | | | | | | | | |
| |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | 21433552 | 25533412 | 00000000 | D | | 00000000 | | 35533411 | | B | 11433553 |
| | | H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |



Médecine Générale
Echographie
Diplôme en Gynécologie
Obstétrique et Infertilité
de l'université de Bordeaux France

الطب العام
الفحص بالصدري
شهادة طب النساء
متابعة الحمل صعوبات الاتجاه والعمق
من جامعة بوردو فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le : 25/12/2011 الدار البيضاء، في :

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C 90,90 DH

FE03390
F02020/12
F02023/12

LOT: 212039
EXP: 02/25
PPV: 20DH00



PPV 20DH00
PER: 06/24
LOT: K1738

Dr ESSARRAJ HOUA
Médecine Générale
Lot EL AYACH N 123 Dar Bouazza
Tél.: 0522.29.09.12



Médecine Générale
Echographie
Diplôme en Gynécologie
Obstétrique et Infertilité
de l'université de Bordeaux France

الطب العام
الفحص بالصدري
شهادة طب النساء
متابعة الحمل صعوبات الاجاب والعمق
من جامعة بوردو فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le : 30/10/2023 الدار البيضاء. في :

DH 135,00 salal eddine

135,00 - Novocaine (LOT PER PPV : 5619 10/22 135,00 DH)

PPV: 48DH50
PER: 09/24
LOT: K2542

Sead BOUZIANE WATINI
PHARMACIE AL OUMRA
MHLALFA DAR BOUZIANE
TÉL. 022.29.09.12

123 - 1er étage
Sead BOUZIANE WATINI
PHARMACIE AL OUMRA
MHLALFA DAR BOUZIANE
TÉL. 022.29.09.12

183,50
- eff
Dr ESSARRAJ Houda
Cabinet Medical
PHARMACIE AL OUMRA
MHLALFA DAR BOUZIANE
TÉL. 022.29.09.12
ANSARI N° 123 Dar Bouazza
TÉL. 0522.29.09.12