

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



Declaration de Maladie

N° W21-662656

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8322 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUNZOU JANAL

Date de naissance : 15/12/65

Adresse : Domaine de Darb Dar Bouazza CHA

Tél : 066406101 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. ABUELHAK SARA
Hépto-Gastro-Entérologie Proctologie
275 Rue ASSAOU DIA, Village Pilote
Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 06 76 12 24 71

Date de consultation : 02/11/21

Nom et prénom du malade : AOUNZOU Rim Age: 15

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Anémie - Douleurs abdominales

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *[Signature]* Le : 02/11/21

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
02/11/21	03		250 DH	

DR. ABDELHAK SARA
 OMPF - 091262980
 091262980
 135 Rue ASSAOUDIA Village Pilote
 Dar Bouazza - Casablanca
 Tél: 06 76 12 24 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Des Datoïstes Dr. ALAMI ZINEB Mosquée Naouras Lot Naouras Casablanca - 05.22.29.28.59	02/11/21	245,10 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXE

Dr. Sara ABOU EL HAK

Spécialisé en :

- Maladie de l'appareil digestif et du foie
- Protologie médico- chirurgicale
- Endoscopie
- Échographie

د.سارة أبو الحق

اختصاصية في :

- أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
- أمراض و جراحة المخرج و البواسير
- الفحص بالمنظار
- الفحص بالصدى

Casablanca, 02 /11/2021
Le.....

Mlle AOUNZOU RIM

Lot:	3 0 8 32,00
EXP:	3 2 2 0 0 D H S

1. **NEOFORTAN 160 MG**
1 cp 1 fois par jour avant les repas
2. **VITA C 1000**
1 cp 1 fois par jour
3. **EUCARBON CP**
1 cp 2 fois par jour après les repas
4. **MAGMIN 300 MG**
1 cp une fois par le soir au coucher

14 JOURS

Dr. ABOUELHAK SARA
Hépatite-Gastro-Entérologie Proctologie
275, Rue ASSAOUZIA, Village pilote
Dar Bouazza - Casablanca
Tél.: 06 76 12 24 71

PHARMACIE
Des Dargistes
Dr. ALAMI ZINEB
Mosquée Naouas Lot Naouas
Casablanca - 06 27 29 28 59

275, Rue Assaoudia, Village pilote
(à côté de l'école " le village") Dar Bouazza.

275, زنقة السعودية, القرية النموذجية
(قرب مدرسة القرية) دار بوعزة.

Tél : 0522 29 04 79 / 0676 12 24 71 : الهاتف
E-mail : docteurabouelhak@gmail.com : البريد الإلكتروني