

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Chronic :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
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 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° M21- 063880

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12501 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUDRAA M^{ed} HAMZA

Date de naissance : 11-12-1983

Adresse : 31 Rue Point du Jour N°16 Etgy

Tél. : 0666293531 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/22

Nom et prénom du malade : Boudraa Kamel Age :

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

Nature de la maladie : Bronchite + Emphysème

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) :

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
27.01.22	22 C		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/22	197,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

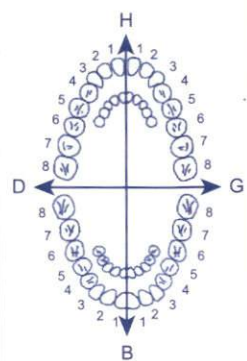
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ZRIKEM Karima

Ep. HIMMI

Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Exploration Fonctionnelle

Respiratoire

Ex-Enseignante à la Faculté

de Médecine de Casablanca



الدكتورة زريكيم كريمة

زوجة حمي

طبيبة الأطفال

اختصاصية في أمراض الأطفال

الحساسية - الضيقة

أستاذة سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

Casablanca, le

02.02.22

الدار البيضاء، في

~~120,00~~
Bibi
40,00

~~120,00~~
Konil
19 bioweylose.

120,00 x 3

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdelatif Ben Kaddour
Tél. 05.22.29.31.60 / 68

20 Viteforme

36 10/100 x 5

58,90 x 2

30

Saclova 500 (x2)

20,00 x 2

19 x 3 x 8

lester

197,80

40

120,00 x 10

Dr. Karima ZRIKEM Ep. HIMMI
Pédiatre

68, Rue Zerhouni (Ex. Rue Reims)

CASA Tél. 05.22.29.31.60 / 68

Urgence : GSM : 06.61.45.52.44 - E-mail : zrikem_karima@hotmail.com

Soclav[®]

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1



500 mg/62,5 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Enfants

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS




Laboratoire
Motioma

58,90



Soclav[®]

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1



500 mg/62,5 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Enfants

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



Leclerc
otoma

58,90



بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

45,00

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml 

PPV: 20DH00

PER: 09/24

LOT: K2445

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30° C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml 

PPV: 20DH00

PER: 09/24

LOT: K2445

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30° C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES