

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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- 0057554

104378

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12608

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLIMANI Amine

Date de naissance : 08/03/87

Adresse : Rue El Bara N°48 B1 Abdelmoumen CASA.

Tél. : 06.60.70.59.12 Total des frais engagés : 453,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2022

Nom et prénom du malade : SLIMANI BARAGE

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Fibromégalisme, bronchite

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 : CASABLANCA

Le : 05/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

SC

SC

Age : 35 ans

Enfant

Age : 35 ans

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
05.01.2022.	S	300 PFK	300 PFK	DR. HICMAN SIDI Chirurgie Pédiatrique Mais Alqadra - 25 - Casablanca Tél: 0528 04 05 / 0659 56 58 58
INPE 091027862.				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHI 153 Rue Habacha 7e Day Ould Sidi Baba Tb Ghalla - Casablanca 0528 04 05	05.01.2022	193,60 153,60

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

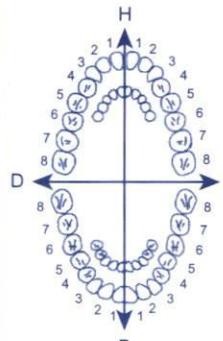
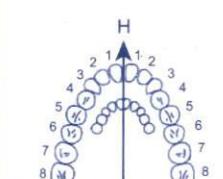
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	
				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				
				
				
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Casablanca le:

05/01/22.

Slimani Baa

~~93,40~~

① ~~Alfafant 250~~ (S.V.)

~~11,70~~ ~~1100 x 3 g~~

② ~~Doliprane 200~~ (S.V.)

~~30,00~~

③ ~~Bectasteve gtt~~ (S.V.)

~~18,10~~

④ ~~Rhinatex~~ (S.V.)

PHARMACIE WAIC
153, Rue Habacha
Bd Day Ould Sidi Baba
Brd Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 25 12 76

شارع 2 مارس، بداية زنقة روما، إقامة الحياة، الطابق الخامس الرقم 25 الدار البيضاء - المغرب

الهاتف: 05 22 28 04 05 / 06 26 36 82 36 / 05 22 28 04 05 البريد الإلكتروني: contact.drsibai@gmail.com

117 Av 2 Mars, Angle rue de Rome, Résidence Al Hayat, 5^{ème} étage N°25, Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 28 04 05 / 06 26 36 82 36 / Email: contact.drsibai@gmail.com

ICE: 000232181000029 - IF: 1526957 - PATENTE: 34475142

PER : 01/02/2023

RHINATHIOL 2% ENF
SIROP FL 125 ML
P.P.V : 18DH50
6 118000 061434

la portée et de la vue
com la notice intérieure

OFIKEN 100 mg/5 ml
Poudre pour suspension buvable
Flacon de 60 ml

Remboursable AMM

6 118000 022367

93,40

11,70

PPV 11DH70
PER 01/24
LOT K028

Doliprane® 200 mg
PARACETAMOL

10 SUPPOSITOIRES

6 118000 040309

LGT : 4928
UT. AV : 11 - 23
P.P.V: 30 DH 00

Bétastène 0,05%, solution
buvable, flacon de 30ml

6 118000 091806