

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.

Educateur :

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.

Prothèse :

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

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

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

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 Baza N°48 B3 Abdelmoumen CASA.

Tél. : 06 60 70 59 12 Total des frais engagés : 453,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 01 / 2022

Nom et prénom du malade : SLIMANI BARAE

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie : Fibrochondrome, 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
05.01.2022	IMP	3	3000	
	IMP	031027862		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.10.2022	153.60
		153.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

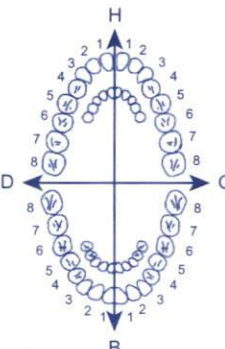
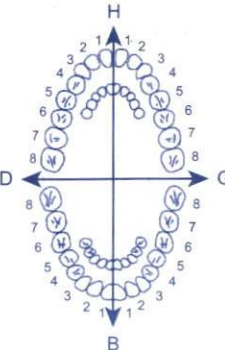
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca

05/01/22

Slimani Bouaa

93,40

ofikien

① ~~Alfahel~~ 150

(S.V.)

11,70 170 x 35

② Doliprane 200

(S.V.)

③ Betastene 800

(S.V.)

④ Rhinathel

(S.V.)

PHARMACIE WAIC
153, Rue Haybacha
Bd Day Ould Sidj Baba
Bordj Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 28 04 05

153,60

DR. HICHAM SIBAI
en Chirurgie Pédiatrique
117 Mars Angle rue de Rome, Rés. Al Hayat, 5^{ème} étage N°25, Casablanca - Maroc
Tél: 0522 28 04 05 / 06 26 36 82 36 / 05 22 28 04 05

117 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 / 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

LOT : 20E010V
PER : 10 2023

RHINATHIOL 2% ENF
SIROP FL 125 ML

P.P.V : 18DH50

6 118000 061434

la portée et de la vue
sent la notice intérieure

93,40

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

Remboursable AMO

6 118000 022367

11,20

PPV 11DH70
PER 01424
LOT K028

Doliprane® 200 mg
PARACETAMOL
10 SUPPOSITOIRES

6 118000 040309

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

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

6 118000 091806