

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

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

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- 0033474

Maladie Dentaire Optique Autres 11 8754

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11054 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HABIB-ALLAH MEMRI

Date de naissance : 01/06/75

Adresse : RES FAL GREEN Apt 15 Im 1 BOUSKOURA

Tél. : 0661310197 Total des frais engagés : 469,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/2022

Nom et prénom du malade : HASSALAH Nonyea Age: 9ans 2

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : site gauche

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 : BOUSKOURA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
27/05/22	C		219,10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/22	219,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

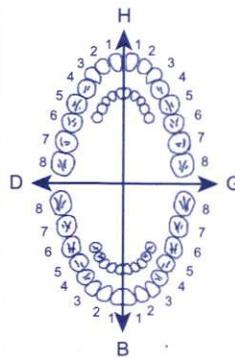
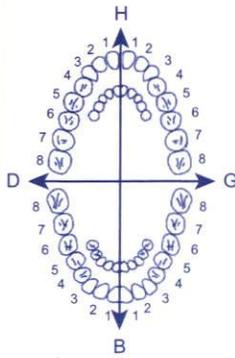
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	11433553	35533411	11433553			B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000	00000000																				
	D	00000000	00000000	11433553																				
	35533411	11433553																						
	B																							
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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'EXECUTION

Docteur Abderrahim MOUSTAKIM

Pédiatre

Spécialiste Nouveau nés - Nourrissons - Enfant
Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille - France
Ancien Attaché des Hôpitaux de Lille - France

الدكتور عبد الرحيم مستقيم

إختصاصي في أمراض الرضيع و الأطفال

Casablanca, le : 27.05.2022

PPV: 68DH00
PER: 02-25
LOT: L 169

Enfant HABIBALLAH Mar

68 months

Age : 9 ans 5 mois
Poids : 42,00 Kg

1 AUGMENTIN 500MG/ 62 EFT

du Zomax (Suisse) (School)

Prendre 2 sachets le matin, 1 à midi et le soir, pendant 7 jours.

4800

2 COTIPRED 20 MG

2 comprimés / jour pendant 4 jour

PPV: 48DH50
PER: 01/25
LOT: K3729

3 DOLIPRANE 500MG

1 sachet 3 fois / jour

M40

4 OTIPAX

Prendre 2 gouttes le matin et le soir, pendant 6 jours.

20/20

PPV: 14DH40
PER: 02/25
LOT: L585

Dr Abderrahim M

Lot. 3614
Per.: 01 2025
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

219.10
PHARMACIE ALEXANDRI
Mme BENJELLOUN Fouzi
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandre
05 22 75 15 70 - 05 22 86 15 13 - Casablanca

Dr MOUSTAKIM Abderrahim
Pédiatre
116 Bd Abidar El Ghaffari
Casablanca - Tél. 05 22 75 15 70

PPV: 68DH00
PER: 02-25
LOT: L817