

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-625323

126 flu

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8218

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HMANI SHAD

Date de naissance : 03/10/68

Adresse : Hay Essalam Hay Chanas Rue N°3 Haisen
C/L Casa N°11

Tél. : 0661235004 Total des fréquentages : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/08/2022



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la régularité des Actes	
25/05/2022			6	INP : Dr. LAURE PAGES Date : 18/05/2022 Signature : Dr. LAURE PAGES N°PE : 091818180	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
<i>PHARMACIE BONNE SANTÉ</i> 25/05/2022	25/05/2022	500,50 F			
ANALYSES - RADIGRAPHIES					
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
		A M	P C	I M	

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 l'ODF.																						
	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 PROTHÉSES DENTAIRES																					
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	<hr/>		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	<hr/>			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G																			
		25533412 00000000	21433552 00000000																			
<hr/>																						
D		G																				
00000000 35533411		00000000 11433553																				
<hr/>																						
B																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																						

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bne al aquam roches
noires casablanca
INEXTUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
64015DMP/21NRO P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bne al aquam roches
noires casablanca
INEXTUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
64015DMP/21NRO P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 12/2024
LOT 18066 49

20 comprimés effervescents

E® AMPOLLE

les buvables

PPV: 56,30 DH
LOT: 21I27D
EXP: 09/2023

UT.AV.: 1 2 2 2 2 2

P.P.V.

LOT N°: 1 2 9 9 7 8

7 9 7 0

09366030/4

UT.AV.: 1 2 2 0 2 3

P.P.V.

LOT N°: F W 5 7 1 3

7 9 7 0

09366030/4

UT.AV.: 1 2 2 0 2 3

P.P.V.

LOT N°: F W 5 7 1 3

7 9 7 0

09366030/4

Dr. LAAREJ Hanane

Professeur Assistant en
Pneumologie, Allergologie

Adultes et Enfants

Sevrage tabagique

Ronflement et apnées du sommeil

Examen du souffle, Echographie

Branchoscopie, Tests d'allergies



الدكتورة لعراج حنان

أستاذة مساعدة في أمراض
الجهاز التنفسي والحساسية

صغار و كبار

إيقاع عن التدخين

الشخير و توقف التنفس أثناء النوم

اختبارات التنفس و الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار، اختبارات الحساسية

Casablanca le :

25/05/2022

الدار البيضاء في:

Mme Houda

79.70 x 3

→ Zytmonax 500

82.10 x 2 1 g/j

→ Dexair 20 : 1 g/j 10 j

→ Vit C 1000 : 1 x /j 10 j

40.30 → Zinabri 45 : 1 x /j 10 j

56.30 → D-Cere 25.000 : 1 amp / sem / 15 j

7 500,50

