

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0021612

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00755

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ARBIF RABIA

Date de naissance :

Adresse :

18, Rue 12 HAY OULFA CASA

Tél. :

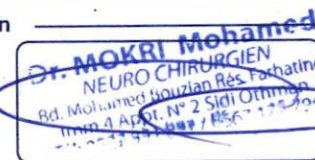
0660527018

Total des frais engagés :

1243,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03 / 12 / 22

Nom et prénom du malade :

ARBIF RABIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection Neurologique

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 :

03 / 12 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

AZ

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
03/12/22		5	250 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/12/22

Tél/Fax : 05 22 90 53 45

Casablanca

ICE : 001541468000057

993,2

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

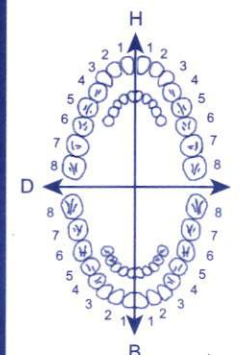
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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	G
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

Dr. Mohamed MOK NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie et maladies du crâne
Système nerveux et de la colonne vertébrale
Traitement de l'épilepsie
Electroencéphalographie

Ex. Médecin principal à l'hôpital Mohamed 5 - Meknes
Ex. Praticien au CHU Ibn Rochd - Casablanca

PHARMACIE AL OUAJ
S. CHALAK Haj Nasser
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oues-Sagou - El Oulfa
Tél/Fax: 05 22 90 53 45
Casablanca
ICE: 001541468000057

Casablanca, le : 03-12

Arrif

Rab

120,00 x 6

Alentra

①

1 - 0

53,10 x 2

②

Relaxol (2bith)

1 - 0

1

x

15

82,00

③

ISox 200 (Boile)

0

0

1

49,00

④

Belro3ol 2

1 - 0

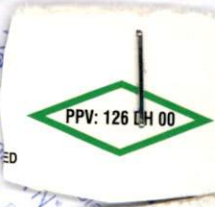
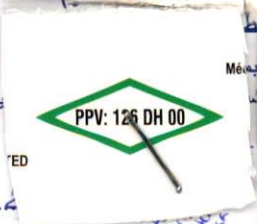


PHARMACIE AL OUAJ
S. CHALAK Haj Nasser
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oues-Sagou - El Oulfa
Tél/Fax: 05 22 90 53 45
Casablanca

DR. MOKRI
NEUROCHIRURGIEN
Bd. Mohamed 5
Imm. 4 Appt. 2
Tél: 0522 551 092

Othman
125 796

عمارة 4، شقة 2- الطابق الاول، سيدي عثمان - الدار البيضاء - (قرب أسما سيدي عثمان)
Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine, Imm.4 Appt.2
1er étage - Sidi Othmane - Casablanca (prés de Acima Sidi Othmane)
Tél.: 0522.551.092 GSM.: 0667.125.796



49,00