

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

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-773136

246976

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7013

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUGARI SAID

Date de naissance : 01/11/1964

Adresse : 601 ALBOURKOKAL RNE 2 N 23 ITAY

UAI MOUNE LISSACCEA CASA

Tél. : 0661 09 33 83

Total des frais engagés : 728,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : BOUGARI SAID

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

affection

Dermatologique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHARIA Voie d'Aménagement Hay Laymour Hay 93.86.84 - Fax:022.93.8115	09 Jan 2023	378,25

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.					
	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>			
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
		MONTANTS DES SOINS			
		DÉBUT D'EXÉCUTION			
		FIN D'EXÉCUTION			
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
			MONTANTS DES SOINS		
			DATE DU DEVIS		
DATE DE L'EXÉCUTION					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION					

PPV 85DH80
LOT 26028 1
EXP 08/2024

FLOXAM
Flucloxacilline
Infections sexuellement transmissibles

PPV 116DH40
LOT 26029 3
EXP 08/2024

FLOXAM
Flucloxacilline

BACTOSPRAY
LOT: 2207006
EXP: 10/2025
PPC: 148.00DH

LOT: 211271
PER: 07-2024
PPV: 28.00DH

الدكتور خالد المنجي
إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

09/01/2023

الدار البيضاء، في

Mr BOUGARI SAID

148,- ADDAX BACTOSPRAY

28,- COCCIDIN CREME

85,- 150,- 164,- FLOXAM 500

2 FOIS PAR JOUR PENDANT 10 JOURS
2 CP MATIN ET 2 CP LE SOIR PDT, 10 JOURS

PHARMACIE TILA
Voie d'Assainissement H H 47 N° H
Hay Laymouna - Hay Hassani
Tél. 022.92.86.84 - Fax: 022.93.87.15

Dr. Khaled LAMNAI
DERMATO-VENEROLIQUE
Angele Bd Sidi Abderrahmane
Cas 161 0522 90 417
et Bd Abdelhadi Boutaleb