

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-681460

A 51789

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JACQUELINE Zohra

Veuve

Date de naissance : 1941

Adresse : Mabrouka

Tél. : 0661 74 95 45

Total des frais engagés : 1138,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

21/02/2023

Date de consultation :

Zohra

Age :

Nom et prénom du malade :

Jaghjough

Lien de parenté :

Lui-même

Copjoint

Enfant

Nature de la maladie :

EW ptyliosym

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.

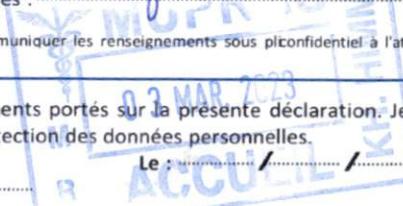
Fait à :

Le : 03 MAR 2023

Signature de l'adhérent(e) :

zohra

VOLET ADHERENT



RELEVE 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
21/02/23	C 302	3	300000	INP : 091048720 DR EL KARDI MOHAMMED Médecin Psychiatre Clinique Milad Casablanca Signature : DR EL KARDI MOHAMMED

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SOUFIANE Groupe R.R.E 14 N° 23/25 El Oued Casablanca (tel. : 05 22 89 09 63 C.E : 000500246000 0920E1</i>	<i>21/12/2023</i>	<i>= 788, 90</i>

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		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																

Casablanca, le 97/02/13

pour un CH 200g

204102 x 3.

① Al per ch 200g



1666677045

PHARMACIE SOHFLANE
Groupe K. RA 154 N° 23/25
Casa Anfa - Casablanca
Tel.: 05 22 89 09 63
ICE: 000500246000026

INPE: 09205447

18,40 x 6.

② Tran zem fm



1666677047

13,30 x 5

③ Dr lane fm



1666677047

DR EL KARDI MOHAMMED
Médecin Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Angle Rue Anfa Clubs et Rue des Plate Formes 1
Casablanca • Tel.: +212 522 774 170 / +212 522 051 531

788,90
pro 600mg

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER..03 2025
LOT : 22E004V



6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER..03 2025
LOT : 22E004V



6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER..03 2025
LOT : 22E004V



6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER..08 2025
LOT : 22E010



6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER..03 2025
LOT : 22E004V



6 118000 060314

18,40

18,40

18,40

18,40

18,40

204,00

204,00

204,00

INPE: 092054428

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K. P. B. 154 N° 23/25
EL Oufa Casablanca
Tel : 05 22 89 09 63
(I.C.E : 000500246000026)