

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° W21-764253

157109

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13004

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TEKKAOUE

JAOUAD

Date de naissance : 14/02/1988

Adresse : 136 Ecran Sawir Hassania 2 el Aza Nessia

Tél. : 0661201717

Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/08/2023

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HAC Meknassi

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17 AVR 2023

17/04/2023

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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.																																															
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>
		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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th></th> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																													
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																													
		H	G																																												
		25533412	21433552																																												
		00000000	00000000																																												
		D	G																																												
		00000000	00000000																																												
		35533411	11433553																																												
		B																																													
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																										

Maladies et chirurgie de la peau

Pathologies des cheveux et ongles

Dermatologie - Allergologie

Dermatologie Pédiatrique

Lasers médicaux

Dermatologie Esthétique



أمراض وجراحة الجلد

أمراض الشعر والأظافر

حساسية الجلد

الأمراض الجلدية عند الأطفال

العلاج بالليزر الطبي

طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca, le

4/3/23

Mr. Jaouad
Dr. Sami Ghita
Dermatologue - Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Casablanca
4ème Etage - Appartement 7
Tel: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86

Notre honoraire
Pour RRP
Pour AAC
+ 1000 Dh.

Dr. Sami Ghita
Dermatologue - Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Casablanca
4ème Etage - Appartement 7
Tel: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86

241، شارع إيميل زولا الطابق 4 الرقم 7 - الدار البيضاء

241, Bd. Emile Zola 4^{ème} étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

05 22 40 06 47 06 31 59 63 86 dr.samighita@gmail.com

Maladies et chirurgie de la peau

Pathologies des cheveux et ongles

Dermatologie - Allergologie

Dermatologie Pédiatrique

Lasers médicaux

Dermatologie Esthétique



أمراض وجراحة الجلد

أمراض الشعر والأظافر

حساسية الجلد

الأمراض الجلدية عند الأطفال

العلاج بالليزر الطبي

طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca, le

4/3/23

Mr Taouad
Mekkaoui

Alopécie Androgénique

Comstipue Restante

au Traitement

Nécessite

une prise en charge

par PRG

mediothérapie

Dr. SAMI Ghita
Dermatologue et Vénérologue
241, Bd. Emile Zola 4^{ème} étage Appt 7, Belvédère, Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 - 06 31 59 63 86

241، شارع إيميل زولا الطابق 4 الرقم 7 بلفدير - الدار البيضاء

241, Bd. Emile Zola 4^{ème} étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

05 22 40 06 47 06 31 59 63 86 dr.samighita@gmail.com