

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° W21-639186

157193

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 8593

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HABATI

HA SNAAA

Date de naissance :

Adresse : 4, LOT. HANZA - SIDI MAAROUF - CASABLANCA

Tél. : 9629

Total des frais engagés : 435,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed TAHA
Spécialiste en médecine
physique et réadaptation
6, Rue Ahmed Naciri - Casablanca
Tél. 05.22.98.99.94

Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : HABATI Hanza

Age:

Lien de parenté : Elle

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Athénie ; crampes ; contracture

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : musculaire

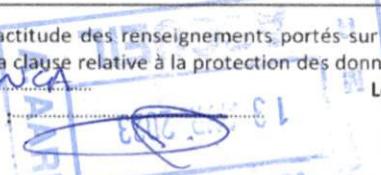
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

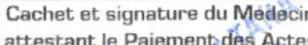
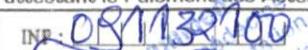
Fait à : CASABLANCA

Le : 1/1/2023

Signature de l'adhérent(e)



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
27/01/23	cs		300,- dh	INR : 081132100  

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>مختبر ابن الخطيب farmacie IBNOU KATIB M.ihamed THERMANE Docteur en Pharmacie</i>	07/01/2023	135.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

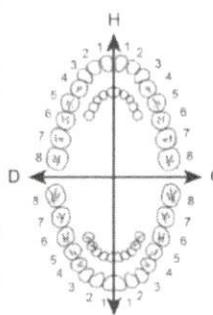
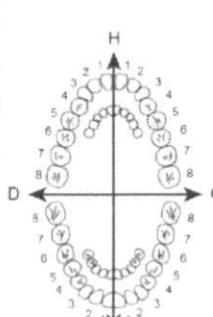
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				Coefficient des travaux <input type="text"/>										
				Montants des soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B		Montants des soins <input type="text"/>
	H	21433552												
	00000000	00000000												
	D	00000000												
	35533411	11433553												
	B													
				Date du devis <input type="text"/>										
				Date de l'exécution <input type="text"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

عيادة الطب الفيزيائي والتأهيل - الطب الرياضي

Cabinet de médecine physique et de réadaptation - médecine du Sport

Dr. Mohammed TAHA

Spécialiste

Diplômé de la faculté de médecine
de Lille II (FRANCE)

الدكتور محمد طه

اختصاصي

خريج كلية الطب بليل II (فرنسا)

Case le 07/01/2023

Mme HABATTI Halima

شبير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed GERMANE
Docteur en Pharmacie
TIR

4600

1) Stinol (sachets ou au foule)
1 au foule ou 1 sachet

89,90 3 f/ j

x 6j

LOT: 0411
PER: 07/2025
PPV: 46.00DH

2) Maxitone cp effervescent
1 cp / j le matin

135,90



Dr. Mohammed TAHA
Spécialiste en médecine
physique et réadaptation
6, Rue Ahmed Naciri - Casablanca
Tél: 05.22.98.99.94