

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

M22- N° 002831

161649

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 04452 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elmounaoui Soaad

Date de naissance : 07-06-59

Adresse : Benyaminine BP 150

Tél. : 06 61 43 00 65 Total des frais engagés : 332,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AIT SEDDIK Soaad

Médecin généraliste
Central Park, BD Abdelmoumen
Imm. D, N° 45, Mohammedia
Tél. : 05 23 27 18 99

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/05/2023

Nom et prénom du malade : Amriani Rachida Age : 61 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection digestive

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 Le : 11/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/05/23	Chirurgie	1	250,00 Dr. AIT BEN SOUKH Médecin généraliste Central Park, Al Moussem Imm. D, N° 45, Mohammedia Tél: 05 23 27 18 99	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</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 colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</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 colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

د. سعاد أيت الصديق

دكتورة في الطب العام من كلية الطب
و الصيدلة من جامعة الرباط
دبلوم جامعي في التغذية و الحمية
من جامعة فرساي
دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض
الشيخوخة من جامعة باريس XI

ORDONNANCE

Nom : Mme Amrani Rachida

Date : 11/05/2023

1/Lax forte : suppo

82,101 suppo une fois

2/Inexium : cp 20 mg

1 cp deux fois par jour pendant 2 semaines puis 1 cp une fois par jour
pendant 2 autres semaines

3/S-Citap : cp 5 mg

1 cp une fois par jour pendant 6 mois

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir bno al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
Cpr GR
20 mg
Boîte 14
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

ICE : 002261665000037



La date de tous les documents émis est inchangée.

Dr. AIT SEDDIK Soaad

Médecin généraliste

Central Park, BD Abdelmoumen
Immeuble D, N° 45, Mohammedia

Tél: 05 23 27 18 99

PHARMACIE ARROUD

Dr. ARROUD Fatima Zohra
Lotissement Shems Al Madina, N° 26

Benslimane - INPE : 062081070
Tél : 06 54 08 06 30 - 05 20 41 82 75

Central Park, BD Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia

ستراط بارك، شارع عبد المؤمن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية

الهاتف : soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99