

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

- Réclamation : 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

A 626 78

Déclaration de Maladie : N° S19-0001641

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12345

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATTIF SOUFANE Date de naissance : 01/03/1982

Adresse : lot AL KHOURANI A SM 729 DPT 5 WISSARIA CORA

Tél. : 06 61 111 86 Total des frais engagés : # 434,40 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Souad AMISI GUTHIE
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
548, Lot Haj Fateh
161 - 05 22 89 89 58

Date de consultation : 22/05/2023

Nom et prénom du malade : ATTIF JONMANA

Age : 26 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : B. bronchite

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 : RAM

Le : 29/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
22.05.23	CS	/	200 DH	DRS PEDIATRE ALLERGOLOGUE 548, Lot Haïdateh Tél: 05 22 89 89 58 INPE 091011254

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AKMAG Oued Daouara Habiba N. ICE: 002042097000024 Tel: 05 22 93 84 58 INPE: 092010551	22/05/2023	234,40

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

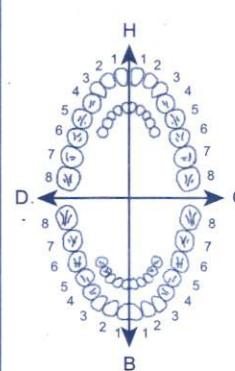
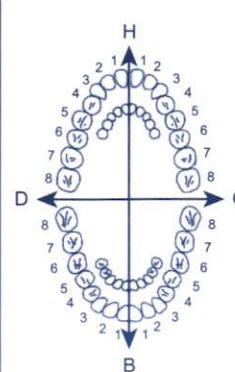
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000 B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة سعاد أمسيّن بارودي

Dr. Souâd AMSAGUINE BAROUDI

PEDIATRE - ALLERGOLOGUE

Diplômée de l'université de Nancy (France)

Diplômée en Allergologie - Asthme

١١٥

سادسة

**PPC : 68,00 DH
LOT : 04/SKL/2021
UT-VA : 04/2024**

Casablanca, le : 22 MAI 2020

234,40 Engr ATTIF JOURNAL

24,00 Alfil ero (1)

74,00

32 - Model 153+

~~20,00~~ — Blutdrucker 80

30,00

70,50 λ $\approx +31^\circ$

— Septem sel ~~is~~

Bain du río

کریم % 0,05 Ⓡ

LOT 159
PER : DEC 2025
PPV : 32 DH 50

345 - Diplosomas C. ~~sp.~~

Flacon de 60 ml

Art. Nr. 10001 Wondg. + H. C.
Zoddy Fr. 2
Am + M + G

شارع واد الدورة تحفظة الحاج فاتح الطابق الثاني الألفة - الدار البيضاء 548

548.Bd.oued Doura lotissement Hai Fateh 2 ème Etage OULEA - Casablanca

الاتلف: 06 43 59 20 85/05 22 89 89 58