

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-669041



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 10814 Société : R-A-M			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	DR IOUICHTE yed AL Nekhli
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 128130 Total des frais engagés : 128130 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 01-06-23	
Nom et prénom du malade : Dr. IOUICHTE Nekhli Age : 60 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie : Amygda	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09 JUIN 2023	
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

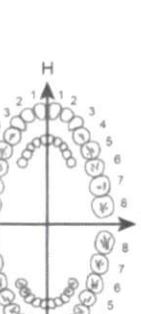
Signature de l'adhérent(e) :

Le 01/06/23



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSKOURA	01-06-23	136,30 Dhs
Ouled Ben Amar Lamsalha - Bouskoura		
1 Nador - Casablanca		
Tel. 06 22 59 23 15		

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 HONORAIRE																		
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 [Empty box]	Nature des Soins [Empty box]	Coefficient [Empty box]														
				INP : <input type="text"/> / <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"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 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 style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
				Date de l'exécution <input type="text"/>														

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 21.06.13

ORDONNANCE

Docteur : A. Gholimi

Dr. EL
Médecin
CHU Ibn Rochd Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Oroken 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH
6 118001 080052

Demandé à l'hôpital

110,30

1) Oroken (enfants) (Effets) — **S.V**

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Oroken 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH
6 118001 080052

10,15

2) Nurobol susp
1 dose au pieds 10 g flacons

PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Ouled Ben Aïmar - Imsalha - Bouskoura
1 Nouaceur - Casablanca
Tel : 05 22 59 23 15

S.V

DELEGATION H. RAJAA
Médecin Spécialiste
CHU Ibn Rochd Casablanca

Nurodol®

ibuprofène

enfants & nourrissons

SUSPENSION BUVABLE

20mg/ml

DOULEURS
FIÈVRE
INFLAMMATION

200ml



19,00