

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0052779

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08769 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : EX-AGENT
 Nom & Prénom : BAKHOUCHE ABDES LAM
 Date de naissance : 21-07-1966
 Adresse : 54 LOTISSEMENT EL QODS- SETTAT
 Tél. : 06.61.11.24.70 Total des frais engagés : 150,00 + 303,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/06/23
 Nom et prénom du malade : BAKHOUCHE ABDES LAM Age : 57
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DT2
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : DT2
 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 : 17/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
09/06/2023		9	150021	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE R. BEN AHMED Tél: 05.23.40.09.53 INPE: 062001312	09/6/2023	303,10 DHS

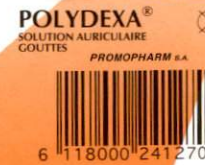
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

21,80



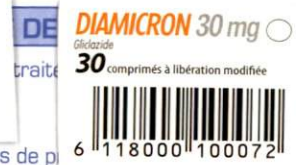
تمت : 21/01/00
تحت : 20/01/00
DH



تمت : 21/01/00
تحت : 20/01/00
DH



تمت : 21/01/00
تحت : 20/01/00
DH



Dents
Traitées

54,30

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

89,00



25,10



25,10



25,10

TERMINATION DU CEEFI
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D
00000000 00000000
35533411 11433555
B

réation, remont, adjonction)

DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hajar NOUILA

Diabétologue

Nutrition et Diététique

Omnipraticienne

Echographie clinique

Électrocardiographie

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ex. Médecin Interne
à l'Hôpital Hassan II Settat



الدكتورة هاجر نويلا

أخصائية مرض السكري

التغذية والحمية

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة

بمستشفى الحسن الثاني سطات

Settat, le : 09 / 06 / 23 سطات, في

Prescription

21,80

1) Polysbear gtt 100ml

20,90 x 3 = 62,70
2) Agtt x 2 (10j)

Revoir 200.00
2 mois (03/08)

54,30 x 1
89,00 x 1

3) Domicon 200 (200)

u) ~~IMPRESSO~~ LP 100



$\frac{25,10 \times 3}{75,30} - 1/2 - 1/2 = \text{pes}$

reps (03030)

T = 303,10 DHS

PHARMACIE P. Ben Ahimene
Tél: 06 23 40 09 53
INPE: 06 20 61 31 2

Dis...
Hay...
Tél: 06 89 33 70 86
V...
N° 1