

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° W21-781504

ND
772754

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9019 Société : R.A.M

Matricule : 9019 Membre : Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KADIRI OTTIANI ABDERRAHMAN Date de naissance : 21-10-1971

Adresse : Rue HENRY DUCLER Apt 13 4ème Etage

Ville : Casablanca Code postal : 20110

Tél. : 06 63 13 99 95 Total des frais engagés : 736,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. Farid SLAOUI
Rés. Benber Angle Avenue Sidi et Rue George Sand Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 98 97 54

Cachet du médecin : 10/08/2023

Date de consultation : 10/08/2023 Nom et prénom du malade : KADIRI OTTIANI INAS Age : 18

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : PHARYNGITE

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 : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : Am P

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
10/03/2023			2000 Dh	INP : 0311301951 Dr. Farid SLAOUI Rés. Benber Angle Avenue Stendhal et Rue George Sand, Casablanca
			.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE angle Boulevard Allée du lion - Cossonay TAI - 05 22 86 11 20	10/08/23	535,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Spécialiste en médecine du travail

Médecin Omnipraticien

Diplômé en Echographie (Université de Paris)

Diplômé en médecine aérospatiale (Université de Paris)

Expert Assermenté près les tribunaux

أخصائي الطب المهني

طبيب عام

دبلوم في الموجات فوق الصوتية (جامعة باريس)

دبلوم في طب الطيران (جامعة باريس)

خبرير ملحق أمام القضاء

Casablanca le :

10/08/2023
الدار البيضاء في

KASIRI Alhassan Dié

29,20 x 2

AS

Zithromax 500 mg

79,-

1 fl

AS

Adol

297,-

Symbicort
250 mcg



5 000456 80

Symbicort®
budésonide/
formotérol

8

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir bno al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200/6 ug
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21NRQ P.P.V:297,00DH
6 118001 020706

Eson Pac
1026474

0522 98 93 56 - الطابق الأول - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف:

Résidence Benber, angle avenue Stendhal et rue George

Tél: 05 22 98 93 56 E-mail: faridslaoui75@yahoo.fr

UT.AV. : 10 2024

P.P.V.

79 70

LOT N° : 0 T 0 5 3 5

UT.AV.

09 2024

P.P.V.

79 70

LOT N° :

6 P 4 3 1 7