

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'Hor Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W21-726029



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12936 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAAMOURI MAROUANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06619689740 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2024

Nom et prénom du malade : Laamouri Marouane Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : Laamouri Marouane

VOLET ADHÉRENT

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
17/01/2024	C		300 -	<p style="text-align: center;">  DR. BINYU NAJID Anq. 100, 1st Flr, Phytamodouge 10, Bd Al Gods, 91 Bd Abd Radiri, Rés Nada, 3ème étage Point Al Mostakbal, 10 Tel: 05 21 11 11 11 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Bouteilleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SABAH EL KH bah KHACHIB Pharmacie, Rts Sidi Maârouf Tunis, 1522 97	13/11/20	18290

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																			
25533412	00000000	21433552	00000000																		
D		B																			
00000000	35533411	00000000	11433553																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



17 janvier 2024

Enf. LAAMOURI Taha

52H90
VIKET

2 fois par jour, dans les deux yeux

50H90
HYFRESH collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

Traitement pendant : 2 Mois

N°LOT: 232380E
EXP: 10/2026
PPV: 52DH90

HyFresh®
Lot: A D 0 2 9 9
Fab: 0 4 2 3
Exp: 0 4 2 6
PPC: 130 DH 00

182,90
Dr Siham NAJID
Ophtalmologue
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
Kadiri, Rés. Nada 4 3ème étage en Face
Rond point Al Moustaqbal, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

Pharmacie SABAHEL KHEIR
Sabah KHACHAB
Pharmaciennes
20, Lot. Sabrine, Rte Sidi Maârouf
Casablanca - Tél : 0522 90 182,90