

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-844355

1 97829

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12239 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HARIRI Nabil

Date de naissance : 23/10/1986

Adresse : 03, Rue Abbas ELAKKAD, Qu des hopitaux, Casablanca

Tél : 0662392380

Total des frais engagés : 362,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2024

Nom et prénom du malade : EL HARIRI Nabil Age : 35

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : 06/03/2024

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4F005/V2 / 20-10-2023

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
01/03/24	consultation		300 dh	 Dr. Ait Ben Abdellah Spécialiste en pathologie bucco-dentaire Néonatalogie et réanimation Neonatale 123, Av. Sid Mohamed Ben Abdellah 1 ^{er} étage app. n°2, Rabat, Tanger. Tél: 0536 937837 - Urgence: 0633 30 84 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AIDA 7 Rue Berkane Rés Aida n°6 Tel 0536 34 33 03 Tanger CE 00*62*231000050 IF 5218428	01/03/24	62,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

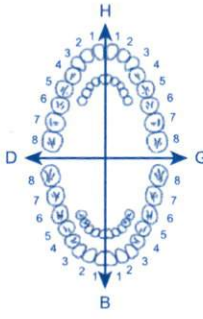
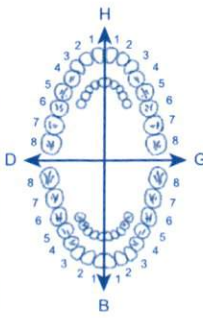
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX																				
																									
O.D.F.	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX																				
PROTHESES DENTAIRES					Montants DES SOINS																				
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	DATE DU DEVIS								
H	25533412	21433552																							
D	00000000	00000000																							
G	00000000	00000000																							
B	35533411	11433553																							
	<table border="1"> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																			DATE DE L'EXECUTION
(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Marouane AIT BELLA

Pédiatre, Néonatalogue-Réanimateur

Ancien Réanimateur Néonatal et

Pédiatrique à l'hôpital Cheikh Zaïd de Rabat



د. مروان إيت بلا

اختصاصي في طب الاطفال و حديثي الولادة

اختصاصي في العناية المركزة لحديثي الولادة و الاطفال

سابقا بمستشفى الشيخ زايد بالرباط

Ordonnance Médicale

Tanger, Le: 01/03/2024

AMYLASE® RIM
200 U. CEIP/ml

Flacon de 125 ml



EL HARIRI mohamed Ghali

PPV 22DH00

EXP 06/2026

LOT 34002 4

40.00

1 Amylase sirop

2 cac 3 fois par jour pendant 4 jours

22.00 2 Algentil

62.00

ALGANTIL® 2%

Suspension
pédiatrique 150 ml



PHARMACIE AIDA

ane Rés Aida n°6

34 33 03 Tanger

1000050 IF 5218428

Dr. Ait Bella Marouane
Spécialiste en pédiatrie

Néonatalogie et réanimation: Néonatale et Pédiatrique
123, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah,
1^{er} étage app. n°2, Iberia, Tanger.
Tél.: 0539 93 78 37 - Urgence: 0633 30 83 10

أميلاز[®]
زيم

200 U.CEIP/ml

ألفا أميلاز

40,00