

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-713046

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12575

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ROUZAQUI OTHMANE

Date de naissance :

13/10/1985

Adresse :

Bouskoura

Tél. :

0661718664

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/10/2024

Nom et prénom du malade :

ROUZAQUI Aya

Age : 10 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

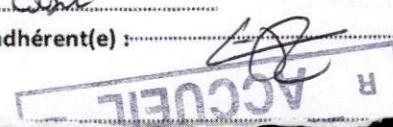
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudication conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 08/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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
15/08/2024	Cs.	1	2000 H.	INP : 091047621 Dr. Wafa Ben Ali Spécialiste en Chirurgie Maxillo-faciale El Khoura

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture BP:50557 Bouskoura Casablanca Tél:05 22 59 23 59 Gsm:06 64 72 88 02
PHARMACIE BARC I.B BP:50557 Bouskoura Casablanca Tél:05 22 59 23 59 Gsm:06 64 72 88 02	27.08.2011	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées	Soins															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DEBUT D'EXECUTION																
		FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></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>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DATE DU DEVIS																
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr . BEN MALEK WAFAÂ

**specialiste ORL et
Chirurgie Cervicofaciale**

ex chef de service à l'hôpital ben m'sik
ex chef de service à l'hôpital baouafi

الدكتورة وفاء بن مالك

إختصاصية في أمراض و جراحة الأنف و الأنف و الحنجرة جراحة الوجه و العنق

رئيس مصلحة سابقاً بمستشفى بن مسيك

$$24102 \approx 145$$

Casablanca Le : 15 / 02 / 2024

Rouzqapi Ayx

ARC I.B.
Casa blanca
23 59
72 88 02
Tél: 05 60 22 00
Gsm: 05 60 22 00

$$\frac{10^8 \text{ levant} \times 500}{1 \text{ CP } 3 \text{ files}} \times 10^3$$

4000

Isolate song

solo - 2 CP/j le matin en 1 seule
prise après le repas x 5 j

Curalan spray nasal

1 pulvosteria 3 f. b. x d.

Antidiarrhoeal

18

PHARMACIE PARC Y B
BP: 3077 Boustoura Casablanca
Tél: 05 22 59 23 59
Gsm: 064 72 88 02

وسط بوسكورة، أمام مقر الدرك، عمارة الراشدي الطابق الأول رقم 2، بوسكورة ٢٠١٠٠ البيضاء

Centre Bouskoura en Face Gendarmerie, Imm. Rachidi Etage 1 N° 2

Tél : 05 22 78 25 20 - Gsm : 06 29 64 95 04 - G-mail : orl.bouskoura@gmail.com

Dr. HEN MALKER
Spécialiste ORL et
Chirurgie Cervicofaciale
Centre Bouküra, Casablanca
Tunisie

LEVAMOX 500 mg 12 COMPRIMES EFFERVESCENTS

LEVAMOX 500 mg/62,5 mg 24 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPU 99DH70
LOT 29042 1
EXP 10/2024

PPV 175DH50
LOT 21018 1
EXP 10/2024

40,00



8 055515 900842

LOT Lot n°:

WT761

Date de péremption: 2026/09
2023/09

Date de production:
PPC : 79,50 dh

ANTIBIO SYNALAR

18,10