

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.

Biologie 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

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° P19- 0022560

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9702 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SADIK Abdellah Date de naissance : 20/06/1965
Adresse : 76, Les Marmoules B, Dicks 1er Arr. Casablanca
Tél. : 06 61 41 72 89 Total des frais engagés : 1400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3.09.2019
Nom et prénom du malade : SADIK Abdellah Age : 29 OCT. 2019
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : maladie de l'infirmité - RAM
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 : / /
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
31/09/2019	C2	400,00		DR Mohamed LAABID HEMATOLOGISTE - Casa 150, Bd Bahgat Belvédère - Casa Tél : 0522 40 40 00 - 0522 24 37 42 ICE : 00182270000046 - INPE : 91087446

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Facultés BENJELLOUN Oussama 94, Bd Mly Driss 1er Casa	31/09/19	1004,00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EXECUTION

Dr. Mohamed LAABID

Hématologie Clinique

Adultes et Enfants

Autogreffe de Moelle

Ancien Maître Assistant à la Faculté
de Médecine et au Service d'Hématologie
du C.H.U. Ibn Rochd (Casablanca)

Ancien Résident Etranger
C.H.U. Henri Mondor
(Créteil-France)

الدكتور محمد العابد

اختصاصي في أمراض الدم

(أطفال - كبار)

زراع النخاع العظمي

أستاذ مساعد سابقا

**بكلية الطب وقسم أمراض الدم
بالمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)**

**مقيم سابقا بالخارج
بالمركز الجامعي هانري موندور
(كرتيل - فرنسا)**

بالموعد

3 sept 2019

A: SADIK Abdellah

LOT: 192082 EXP: 01/22
PPV: 502DH00

LOT: 195852 EXP: 04/22
PPV: 502DH00

502,00 - cefoviral 800mg

x 2 sept 2019

(A.S)

1004,00

DR. Mohamed LAABID
HEMATOLOGISTE
150, Bd Bahmad Belvédère - Casa
Tél : 0522 40.40.60 / 0522 24 37 42
ICE: 00102223700046 - INPE : 91087445

ميدلية الكليات
94, Bd Mly Driss 1er Casa
BENJELLOUN Oussama
Docteur en Pharmacie
Tél: 0522 86 23 00 Fax: 0522 86 02 25
PHARMACIE DES FACULTÉS

150، شارع باحماد - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42 - الفاكس : 0522.24.37.44

150, Boulevard Ba Hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42 - Fax : 0522.24.37.44

E-mail : m_laabid@hotmail.fr