

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 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

- 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 Avenue El Hadj Ben Abdallah - Zone d'Appui École El Mouhamed Taker et El Hadj Ben Abdallah - Quartier de l'Enferme
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 / 05 22 22 78 15 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W21-826833

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **8634** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **ND 193546**

Nom & Prénom : **ELALAMA MOURAD**

Date de naissance : **24/09/1971**

Adresse : **N° 35 Résidence Le Club, Rue Nly**

THAN : **MAZULA - H U Casablanca**

Tél : **06 68 31 62 08** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin : **DR MOHAMED CHAMITI**
Dermatologue Vénérologue
172. Av. Bourghadam, 3ème Etage
La Villette - Casablanca
Tél: 05 22 62 89 89 99

Cachet du médecin :

Date de consultation : **26-01-24**

Nom et prénom du malade : **RANDANI NOUHA** Age : **52-80**

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

Nature de la maladie : **Dentaire**

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

26/11/24	C	Cr	300.00	INVOICE	MOHAMED CHAHED Soudanese Letter: Cash 22/02/2024	091040196
----------	---	----	--------	---------	---	-----------

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz 58, Route Mly Tham - Hay Tel. 22222222	Date 26-1-24	Montant de la Facture 40.00

76-1-29 40.50

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
				MONTANTS DES SOINS																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;"> </td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	H		H																							
	25533412		21433552																							
	00000000		00000000																							
	D		G																							
	00000000		00000000																							
	35533411		11433553																							
	B																									
	MONTANTS DES SOINS																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
DATE DU DEVIS																										
DATE DE L'EXECUTION																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																										

[illegible][illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <th colspan="2">B</th> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prosthèse </td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553					B				[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prosthèse				MONTANTS DES SOINS						DATE DU DEVIS						DATE DE L'EXECUTION																															
		H		G																																																																									
		25533412	21433552																																																																										
		00000000	00000000																																																																										
		00000000	00000000																																																																										
35533411	11433553																																																																												
		B																																																																											
[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prosthèse				MONTANTS DES SOINS																																																																									
				DATE DU DEVIS																																																																									
				DATE DE L'EXECUTION																																																																									

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <th colspan="2">B</th> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prosthèse </td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553					B				[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prosthèse				MONTANTS DES SOINS						DATE DU DEVIS						DATE DE L'EXECUTION																															
		H		G																																																																									
		25533412	21433552																																																																										
		00000000	00000000																																																																										
		00000000	00000000																																																																										
35533411	11433553																																																																												
		B																																																																											
[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prosthèse				MONTANTS DES SOINS																																																																									
				DATE DU DEVIS																																																																									
				DATE DE L'EXECUTION																																																																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. MOHAMED CHAMITI

Spécialiste en Dermato Vénéréologie
Maladies de la peau, de l'ongle et du cuir chevelu
Maladies Sexuellement Transmissibles
Cosmétologie de la peau, Chirurgie de la peau
Epilation au laser, Membre de la Société
française de Dermatologie



الدكتور محمد شميطي

إختصاصي أمراض الجلد, الشعر و الظفر
الأمراض التناسلية
الطب التجميلي, حساسية الجلد
جراحة الجلد, إزالة الشعر بالليزر
عضو الجمعية الفرنسية للجلد

Casablanca, le : 26 JAN. 2024

Nom : RAMDANI NOUHA

① Lipikar AD synchro
210,00

③

Or Tult 200

② 40.50
Ebbiat by-synchro

seps & or 18000

7us seps x2/1000

con

LOT: 0081
EXP: AUT 2024
PPV: 40,50 DH

③

Lipikar

excellent

cur

④

159,00

seu bio 100

on net 20 16
sup