

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



Déclaration de Maladie


M22- 0059685

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02396 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 76533
Nom & Prénom : CHEDDADI ABDELOUHAS
Date de naissance : 19.01.58
Adresse : 1067- NANDARONA SIDI OAROUF
CASA 20270
Tél. : 0673081985 Total des frais engagés : Dhs

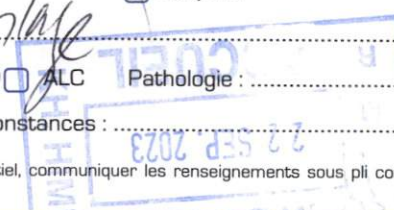
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 02.09.23
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Sport
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 : CASA Le : 02 / 09 / 23
Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
02/09/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

02/09/23 576.60

PHARMACIE AL ABE
 St. SALAMA, SIDI MAAROUF
 CASABLANCA
 Tel: 05 22 97 40 65 / 06 88 06 22 86
 INPE: 092003029

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

A M	Nombre		IV
	P C	I M	

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 l'ODF.

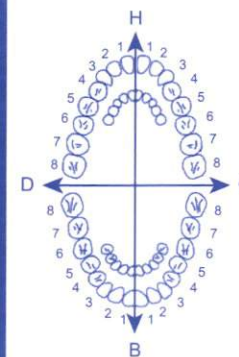
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis مصحة جرادة الواس

Casablanca, le 04/09/23

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sabaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V : 116,30 DH

6 118000 061069

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sabaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V : 116,30 DH

6 118000 061069

Mme CHEDDADI OUAFAE
Né le : 18/02/1965

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sabaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V : 116,30 DH

6 118000 061069

Dr. A.
Médecine

PHARMACIE AL ABE
48, Lot. ESSALAM, SIDI MAAROUF
CASABLANCA
Tél : 05 22 97 40 65

Spectrum® 500
Ciprofloxacine 20 Comprimés

6 118000 081937

116.30 X 3

7/8

131.60

1/5

82.10

7/8

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al acoum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
64015DMP21NRQ P.P.V: 82,10DH
6 118001 020591

oltipran 1000 mg
paracétamol
10 Comprimés sécables
PP 14DH00
PE 06/26
L 01 M1998

Dr. Nadia AHABR
Médecine Interne

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
Tél : 05 22 23 81 81 - Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma

