

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-458391

AMP L

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7807

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BENCHERIFA RACHID

Date de naissance : 08/07/1968

Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA N° 65 VILLE VERTE

Bouskoura CASABLANCA

Tél. : 06 61 32 83 77

Total des frais engagés :

709,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة آمال بoughnama
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
120, Bd. Mv. Idriss 1er - Casa
Tel : 022 36 02 59

Date de consultation : 18 Sep , 2019

Nom et prénom du malade :

BENCHERIFA MOHAMED AHMED

age: 6102 100 51

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Wali

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

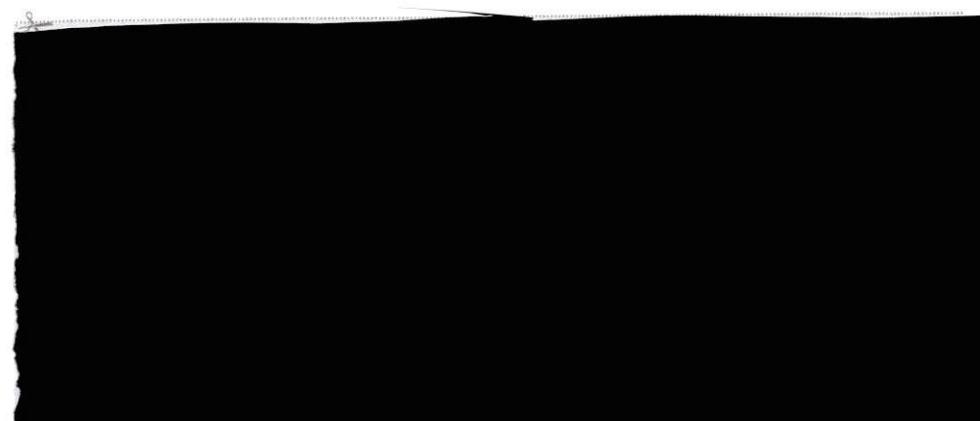
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 18 Sept 2019

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
8 Sept 2013		1	250	INP : 1111111111  Dr. Amal BOUGHNAWA PEDIATRE ALLERGOLOGUE 3d. My. Idrissa 1er - Casablanca 02.86.02.59

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GREENWOOD Dr. Maria AZENNAR Télé: 514-383-2020	1/15/2015	#455,80\$

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF												
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>								
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35033411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession.</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35033411	00000000 11433553
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
00000000 35033411	00000000 11433553											
		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"/>										

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامه

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض الحساسية والربو
الطب المثيل

Casablanca, le

18.09.2019

Enfant BENCHERIFA Mohamed Amine

Poids : 20,50 Kg

Age : 6 ans 5 mois

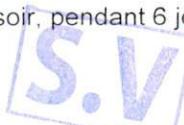
40,00

1 BIOMYLASE SIROP



120,00

2 PEDIAKID SPRAY NEZ GORGE



1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 2 jours.

175,00

3 SERETIDE 125 µg/25 µg/dose susp p inhal : FI/120doses

45,30

1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois.

78,50

4 VENTOLINE 100 µg susp p inhal : FI/200d

Donner 2 bouffées le matin, à midi et le soir, jusqu'à :



5 APIXOL SIROP ENFANTS



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

Total - 659

صيدلية المدينة الـ PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Maria AZENNAR
Centre Commercial Casa Green Town
Casablanca - Tel. +212 520-5263 59

الـ 120,00
175,00
45,30
78,50
40,00
120,00
200 U.CEIP/ml
40,00
RIMA PHARMA
PVC : 120,00
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 175,00 DH
ID : 613102
6 118001 141869