

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

- Reclamation : 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

N° W19-458391

ATAP L

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7807 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : 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 :

Date de consultation : 18 Sep, 2019

Nom et prénom du malade : BENCHERIFA MOHAMED AMINE

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

Nature de la maladie : Muc

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 Sep 2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/03/19	#15980#

[illegible][illegible]

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.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE



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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية و الربو
الطب المثيل

Casablanca, le

18.09.2019

Enfant BENCHERIFA Mohamed Amine

Poids : 20,50 Kg

Age : 6 ans 5 mois

1 BIOMYLASE SIROP

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours.

2 PEDIAKID SPRAY NEZ GORGE

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

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

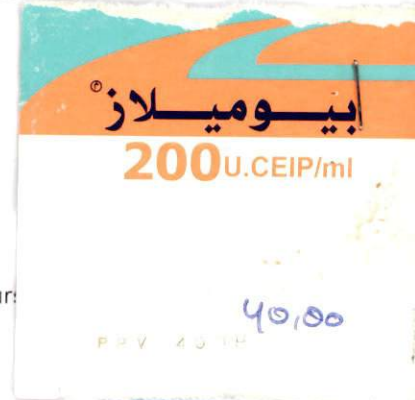
1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois.

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

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



RIMA PHARMA
PVC : 120,00

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 175,00 DH
ID : 613102
6 118001 141869



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

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

Total = 459,80

صيدلية المدينة الخضراء
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Maria AZENNAR
Centre Commercial Casa Green Town
Tél : 022 520 5263 59

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
Pédiatre - Allergologue
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casa
Tél : 022 56.02.59