

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



Declaration de Maladie

N° W19-432082

CA

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

10817

Matricule :

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

DR BOUCHE

Med EL Yehudi

Date de naissance :



Tél. :

02 22 22 22

Total des frais engagés :

256,10

Cadre réservé au Médecin

ACCIDENT

Dr. EL BOUCHERI
Médecin à la MUPRAS
Médecin de l'Assurance Chômage

Date de consultation :

26.02.20

Nom et prénom du malade :

DR BOUCHE LINA

Age: 8 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

otite

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'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.

01 MARS 2020

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Corse

Le : 24.02.20

Signature de l'adhérent(e) :

DR BOUCHE LINA

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
24.2.20	G	G		INP : DR EL BOUKOURA DR EL BOUKOURA Médecin et Pharmacien CHAMINA BOUKOURA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Ben Ameur, DHAMNA BOUSKOURA 74110522320103	24.2.2020	256,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

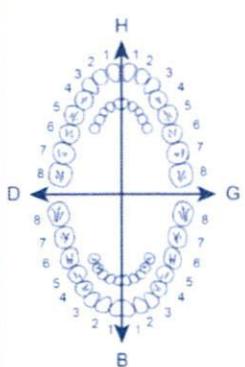
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXE



IBN ROCHD

PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 03/22
LOT 1811

Fumer Faud

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 100mg/5ml
gr fl 40 ml

P.P.V : 119,30 DH

5 118001 080052

itair

شـفـة

ût

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ CasablancaOroken 100mg/5ml
gr fl 40 ml

P.P.V : 119,30 DH

5 118001 080052

المملكة المغربية
وزارة الصحةRoyaume du Maroc
Ministère de la Santéمستشفى بدور
التدخين يفس

ORDONNANCE

Casablanca : 24.02.20..

Docteur : Dr. EL BOUHRI RAJAA

Médecin à : 0522320103
Centre de Santé et de Recherche
Guelid Ben Amour, Dhamma

HARMACIE EDEN BOUSKOURA
Bouskoura
Tél.: 0522320103

LINA

az

enfant Dr. Bouhri RAJAA

19kg.

119,30

1) OROKEN enfants S.V

(2flosms)

1750

2) DripEDIATRIQUE S.V

(1flosm)

1) Saxe au poids les fleuves 163j

256,10

Dr. EL BOUHRI RAJAA
Médecin à : 0522320103
Centre de Santé et de Recherche