

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-474356

CA

25/11/20

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | Société : | |
| Matricule : | MLA | RAN | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | BAOUSSA NOUZA |
| Nom & Prénom : | | Date de naissance : | |
| Pep A Hmed Chacri Reiss NAL DIANNA | | 1988-07-31 | |
| Adresse : | | Tél. : | |
| N° 38 Bous | | 6688973535 | |
| Total des frais engagés : | | | |
| 632.000 Dhs | | | |

| | |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Dr KAMAL Abdellatif Medecine Générale Hay Idrissia 1, Rue 12 N° 258 (Près de la Poste) - Casablanca Tél. : 0522 28 98 77/0661 61 38 58 | |
| Date de consultation : | |
| 24 FEV 2020 | |
| Nom et prénom du malade : | |
| MLA | |
| Lien de parenté : | |
| Conjoint | |
| Nature de la maladie : | |
| 16 MARS 2020 | |
| 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 | |
| ACCUEIL SIEGE RAM | |

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) :

Le : / /

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 FEV 2021 | Ca | 1 | 150 | INP, Dr KAMAL POULADJI Médecine Générale, N° 238 Hav Busint, Rue 12 N° 238 Casablanca 28 770661 61 38 58 Dr KAMAL POULADJI Médecine Générale, N° 238 Hav Busint, Rue 12 N° 238 Casablanca 28 770661 61 38 58 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie MIMA Docteur BENNAJIL Ilham Docteur En Pharmacie 6, Rue 40 Drissia I - Casablanca TAI: 80.07.60 | 24/07/2020 | 4.82,00 |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

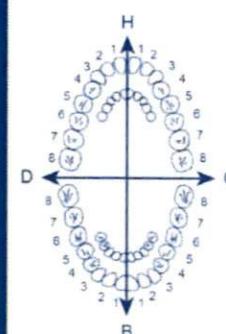
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | H |
|----------|----------|
| 25533412 | 21423552 |
| 00000000 | 00000000 |
| <hr/> | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11423553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur KAMAL Abdellatif

MEDECINE GENERALE

Ancien Médecin à l'hôpital Militaire

Hay Idrissia 1 Rue 12 N° 258

(Prés de la poste)

CASABLANCA

Tél. : 05 22 28 98 77

GSM : 06 61 61 38 58

Casablanca, le 24 FFV 2020

الدكتور كمال عبد اللطيف

الطب العام

طبس سارية بالمستشفى العسكري

الرقم 258

(cc
dm
nel)

05 22 28

06 61 61

(in
dm
nel)

Maphar
Km 10, Route Côtier 11
El Zenata Ain sebaa Casablanca
Monozepalar 500 mg cp bel
en b6 mv

P.P.V : 87,30 DH

6 118001 183821

medecin prescrit par

Mme Mouna BAGOUR

27.30 Mouna Zeelar

560

14

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

291.00 Foster

GiaoxSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

118001 146258
VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

45.30 VENTOLINE

2p ec cas de cny

58.40 Solupred 20

Pharmacie MIMA
Mme BENNANI Ilyam
Docteur En Pharmacie
6, Rue 40 Drissia 1 - Casablanca
Tél : 0522 20.07.60

DR KAMA
Medecin
Hay Idrissia
(Prés de la poste)
Tél. : 0522 20.07.60

58,40
Solupred 20mg