

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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° P19-0048008

ND: 29 750

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SHAMI FATIMA

Date de naissance : 01.07.1958

Adresse : R. SAMAA, Bd. Bourgogne N° 1310. CASA

Tél. : 06.60.72.07.35

Total des frais engagés : 531,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/01/2012

Nom et prénom du malade : YOUSSEF SHAMI FATHIMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie de cœur et d'artères et d'urines

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 : 29/01/2012

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 assistant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/02/2020 | C | | 150,00 | <i>P. R. R. D. A. WAHOU BENQADDI Bouygues Casablanca 3ème Etage 022 22 97 88</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ATTAWH Sadiki Blo 3 Rue 10 N° 1 Tél : 05 22 70 80 42 CASABLANCA 992012293 | 29/02/2020 | 381,10 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | 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 | | | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | 21433552 |
| 25533412 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

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

H

G

D

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté Mohammed V

Medecine du Travail

D.U en diététique à la Faculté
de Medecine de Montpellier

الطب العام

خريجة كلية محمد الخامس بالرباط

طبيبة الشغل

مختصة بالحملة و السمنة

خريجة كلية الطب بمونبولي

Casablanca, le

29/02/2020

الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

Houf Shami
Fatima

126,50

10) Flodapen 50mg

15

1cp a 2h

PPV: 126,50 DH
LOT: 585796
PER: 11/20

55,40

20)

Surpam 200mg

15

1cp a 3h

SURGAM 200MG
CP SEC B20
P.P.V : 55DH40
LOT: 9MA161
PER: 12/2021
6 118000 060857

17,70

30)

Eludril

15

1 cuill de manne a 3h

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
P.P.V : 17DH70
LOT: 9MA087
PER: 03/2022
6 118000 010648

22,10

40)

60. doliprane

15

1cp a 2h

PPV 22DH20
PER 10/21
LOT 12424

15,30

50)

Doliprane 500

15

1cp a 3h

PPV 150DH30
PER 03/21
LOT H555-2

LOT 181762
EXP 08/2021
PPV 52.800H

6^o) sèches lèvres
52,80 gel le visage

7.S

7^o) impermeable
38,20 1 g x 24

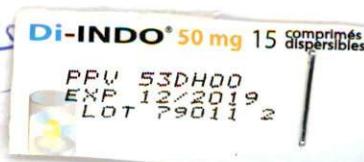
7.S

38,20

8^o) di - Indo

53,00

38,110



صيدلية التوحيد
PHARMACIE ATTAWHID
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 3
Tél : 05 22 70 80 42
CASABLANCA