

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

- 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'Horiège Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-485911

ND: 35081

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL EDRIH A23

Date de naissance : 01/10/1990

Adresse :

Tél. : 0664 79 1442 Total des frais engagés : 361,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/07/2020

Nom et prénom du malade : EL EDRIH A23 Age : 1 an

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

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 : 24/07/2020 Le : 24/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :


RELEVÉ 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

24/05/20  200,00  

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Chirurgien-dentiste Date Montant de la Facture

 24/05/20 1615 = m

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



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

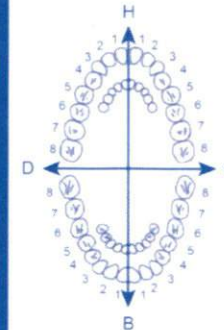
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : 



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

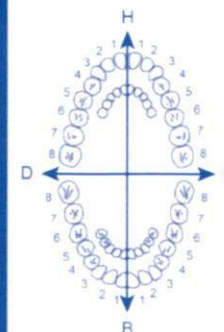
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doli®

PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PRV 17DH50

PER 10/22

LOT 12461

المركز الاستشفائي الجامعي

er Universitaire Ibn Rochd

مستشفى 20 غشت

du 20 Août 1953

المملكة المغربية
وزارة الصحة



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 24/05/12

ANNANCE



Docteur

Dr. Agnès El Arjouni

1) Naxiclar Sirop

1ddp x 2, S.V.

2) Doli-pédiatrique Sirop

175°
1ddp x 3, si douleur S.V.

3) Sten Strip

S.V. S.P.

4) Addax au citrard

175°
1ddp x 2, si douleur (m.)
1615°

\$1,00

P V 510001

LOT 12013 PER 11/21

MAXIClav
amoxicilline + acide clavulanique

Enfant
voie orale

100mg / 12,5mg par ml

60ml



\$1,00

P V 510001

LOT 12013 PER 11/21

MAXIClav
amoxicilline + acide clavulanique

Enfant
voie orale

100mg / 12,5mg par ml

60ml



Ministère de la Santé
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
20 Août 1953

Formation : *Ilyak el Dink*
Reçu de M : *Ben Cent*
La somme de : *200,-*

N° 077582

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>Alaie</i>	<i>200,-</i>
<i>on</i>	<i>200,-</i>
Total	<i>200,-</i>

Le : *20-8-53*

Signature du
Régisseur et Cachet

[Signature]

[Red Stamp: C.H.U. IBN ROCHD - Casablanca - Régisseur et Cachet - Service des Urgences]

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie Maxillo-Faciale

N° Admission : 15924 N° Quittance :

Date : 24-05-2020 Heure : 07h00

Nom et prénom : Ellyas Age :

Adresse : EL IDMINI

Circonstances de l'Urgence :

- Accident de travail
- Accident de la Circulation
- Brûlure
- Imprudence
- Maladie
- Violence
- Autres

0001752

T.S.V.P

Radiographie :

Diagnostic & traitement :

Plan : Penicillin G
a - chet

2, Suture
M. M. D. C.

Rendez-vous de consultation le : à Heures

Medecin traitant:

Signature et Cachet