

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 canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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

- Réclamation : 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° W19-506973

ND: 36 000

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6419		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : RASSID		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 16/08/1965		Société : SAID	
Adresse : S29 lot Haj Fath oulfa		Tél. : 0661 866 363	
Tél. : 0661 866 363		Total des frais engagés : 263,00 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Dr. NOUNA M'hamed			
PEDIATRE			
82, Av. Aba Chouaib Doukkali			
Aïn Chifa II Casab 20550			
Tél: 0522.85.10.58			
Date de consultation : 15/04/2022			
Nom et prénom du malade : RASSID M'hamed Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : gencive dentaire			
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 : Signature de l'adhérent(e) : *Sami* Le : 15/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : *Sami*

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. A. S. TAKANGUM EN CHAMALÉ MADOUM BUD CPSP</i>	<i>15/10/2020</i>	<i>81.81 13.00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 de l'ODF																																												
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th>INP :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____	CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																																							

MONTANTS DES SOINS																																												
DÉBUT D'EXÉCUTION																																												
FIN D'EXÉCUTION																																												
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th></th> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																										
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																										
		H	G																																									
		25533412	21433552																																									
		00000000	00000000																																									
		D	G																																									
		00000000	00000000																																									
		35533411	11433553																																									
		B																																										
		MONTANTS DES SOINS																																										
DATE DU DEVIS																																												
DATE DE L'EXÉCUTION																																												
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																												

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens
Spécialiste des maladies du Nouveau-né
Nourrisson et L'Enfant
Asthme de l'enfant et Maladies
Allergiques

Casablanca, le

LOT: 190036
EXP: 06/2024
PPU: 13.00DH

الدكتور نونا احمد
خريج كلية الطب بآميان
أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل
مرض الربو (الضيق)
أمراض الحساسية
البيضاء في

15/04/2020

Nom/Prénom :

RASSID

Mahmoud

Poids :

13,00

Poids : 9,000 Kg

age :

Age : 5 mois et 23 jours

1) STEROGYL 15A 600 000 UI/1,5 ml S buv Amp/1,5ml

Prendre 1 ampoule à boir ce jour par jour

S.V.

الطباعة
الطباعة
PHARMACEوتيره تاراكادوم
TAKADOU
DOUAR
5, Rue 25. Takadoum Sud
Av Mohammad - CASA

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaib Doukkali
Ain Chifa II Casa 20550
Tel: 0522.85.10.58