

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 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.



Declaration de Maladie

N° W19-498316

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7368 Société : RAM AOUT 2020

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAHMAN HOUSSENI

Date de naissance : 04-10-1967

Adresse : 23 LTS HAS FATEH OUL FA CASABLANCA

Tél : 0668 863944 Total des frais engagés : 265,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/05/2020

Nom et prénom du malade : OUAHMAN HOUSSENI Age : 8 an

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

Nature de la maladie : ASME allongée

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) :

Le :

13 AOUT 2020

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

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
14/05/2022	C	C	C	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE HAMZA CASABLANCA 14, Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28	14/10/201	265.90

[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>			
						MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>		
							DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>	
								FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																				
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B	
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	G																							
	B																							
	H																							
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	G																							
B																								
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																				
				DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																				
					DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC

ministère de la santé
Délégation Province de Nouaceur



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبية إقليم النواصر

ORDONNANCE

Dr. EL RHANJAOUI Mounir
Délégation de Nouaceur
Ministère de la Santé
CHUET DU MEDECIN



le 14/07/2016

OUAKKASSI

N° 0784

70.60x2
Augmentation de poids
27 kg x 3/1

PPV: 70,60 DH
LOT: 553954

petit 4 j

20x3
29.00
BROUAS

PPV: 70,60 DH
LOT: 551545

29.00

31,90

31,90



31,90



265,90