

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Chirurgie :

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

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



38919

Déclaration de Maladie : N° S19- 0001782

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6807 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AAYOUCHE ABDELHAKIM Date de naissance : 25.04.1963
Adresse : HAY MOULAY ABDELLAH RUE 282 N° 20
Tél. : 06 20 75 06 92 Total des frais engagés : 250 + 499,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/08/2020
Nom et prénom du malade : AAYOUCHE ABDELHAKIM Age : 14 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dermatose
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 : 06/08/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

ACCUEIL

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
06/08/20	C2		250	<p>Dr. Amar Ablam ASRRI Dentiste - Odonatologie Cosmétologie 179, Bd Rouda Gail, 1^{er} Etage ALNAIL 2^{ème} étage Ben M Sikk Cas Tél: 0522 56 20 14 Fax: 0662 15 92 16</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DR. MOHAMMED VI Arlène Rd. Méd. VI et ELKARIM, 37, 38 Tél: 0522 50 40 36 Fax: 0522 50 40 36</p>	6/8/2020	499.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

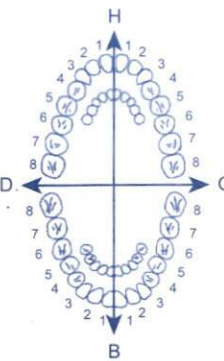
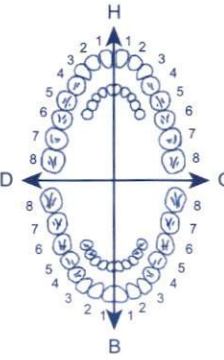
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr Ahlam ASRIRI

Spécialiste en Dermatologie

Vénérologie

Cosmétologie:

combement, bôtox, mésolift, Peeling

Laser

Chirurgie Dermatologique

Cicatrices et tâches pigmentaires

Dermatologie pédiatrique

الدكتورة أحلام أسيري

طبيبة اختصاصية في أمراض الجلد

الشعر والأظافر

طب التجميل

إزالة الشعر، الندوب والأوشام بالليزر

إزالة البقع السوداء

أمراض الجلد وحساسية الأطفال

الأمراض التناسلية

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Curacne 10mg cap molle b30
P.P.V: 152,20 DH

6 118001 180714

Le : 06 / 01 / 2020

AAYouch ASMAA

112.70

4/ Curacne Soap



Agell x. Soap Soap

230.

2/CC Hydrobent



1pp x 2j

117.

2. Boread Stick topical



1pp x 2j

495.20

PHARMACIE BD MOHAMMED VI
Dr. Hind HARTI
Angle Bd. Med. V. el ELKHALF
Rue 286
M. 37 Hay Hay Abdelhakim Ain Chock
Tél : 05 22 56 49 36

179, Bd Reda Gdira (ex Nil)

2ème étage - Casa

179. شارع رضى اكديرة (النيل سابقا)

فوق صيدلية أدبية - البيضاء

E-mail: drasririahlam@yahoo.fr

Tél : 05 22 56 20 13 - Gsm : 06 62 15 92 16