

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-556553

41745

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 01552 Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : LAKSSISSEK MOHAMMED		
Date de naissance : 01/07/1956		
Adresse : 31, Rue 3 AVANTAGE 1 ^{er} ENSA		
Tél. : 0661460372 Total des frais engagés : 2270,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
R. CHAOUI Salah Eddine 444, Av Mokhtar Soussi Ex. Av. B) Hay Al Masjid Casablanca	
Date de consultation : 31/08/2022	
Nom et prénom du malade : LAKSSISSEK Mohamed	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : gouttière + maladie de la peau	
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 : 05/08/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-556553	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES DE LA COUR D'APPEL DE DAKAR
PAR
M. Aïcha

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	(Ex. AV. Casablanca 18/5)
PHARMACIE EL ALAOUI Aïcha Mme EL ALAOUI Aïcha 575, AV. du 2 Mars Andalous 1 Tél: 05.22.28.57.84 - Casablanca	21/08/20	PHARMACIE EL ALAOUI Aïcha Mme Montant de la Facture 575, AV. du 2 Mars Andalous 1 Tél: 05.22.28.57.84 - Casablanca 130,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHÉRENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely a maxillary arch, with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top represents the midline, and a horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right represents the dental arch. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. The numbers 1 through 8 are placed on the upper arch, and the same numbers are placed on the lower arch, corresponding to the same positions on both arches.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur CHAOUI SALAH-EDDINE

ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

MEDECINE GENERALE

EXPERT PRES LES TRIBUNAUX

الدكتور الشاوي صالح الدين

حاائز على شهادة الفحص بالصدى

من كلية الطب بباريس

الطب العام

خبير ملحق لدى المحاكم

Casablanca, le

31/08/22

الدار البيضاء، في

LAKSSISSAR Mohammed

① Nodep 14/11 Dr. Maftouh 17/03

② INEXI920 14/11 17/03

HARMACIE du 2 MARS
Mme. EL ALAOUI Aicha
575, Av. du 2 Mars Andalous 1
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca
HARMACIE du 2 MARS
Mme. EL ALAOUI Aicha
575, Av. du 2 Mars Andalous 1
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca



N° : 097/14 DMP/21/

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®
Suspension buvable - Flacon de 250 ml
PPV : 32,50 DH
Barcode: 6 118000 191537

INPE: 092000421
Dr. CHAOUI Salah Eddine
444, Av. Mokhtar Soussi
Ex. Av. B) Hay Al Masjid
Casablanca
Tél : 05 22 28 16 56

447، شارع المختار السوسي (مسجد السنة) فوق صيدلية المسجد - الدار البيضاء
447, Bd. B - Avenue Mokhtar Soussi (Mosquée Souna) Au Dessus Phar. Al Masjid
Casablanca - Tél : 0522 28 16 56
الهاتف: 0522 28 16 56