

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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° W19-547151

48560

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 2029	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autre : Retraite
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/>
Nom & Prénom : Mr. SOUHMANE Abdessadeq		
Date de naissance : Habituelle 01-01-1949		
Adresse : Habituelle		
Tél. : 0522 96 65 83	Total des frais engagés :	120 + 351,30 = 471,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> دكتور الحسيني فتحي Docteur El Kaichi Fathia N°1, Imm.A28 Résidence Addamane Ain chock-CASA-Tél:0522.50.11.90 </div>		
Date de consultation : 03/10/2020		
Nom et prénom du malade : SOUMHANE Abdessadeq Age: 78 ans		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Branchite - RHUME	
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 : **Caser Blanca**
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **03 / 10 / 2020**



ACCUEIL
24 NOV. 2020

RELEVE 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
03/10/2020	C	C ₂	1200 D.H	INP : 0910574816 الدكتورة فاطمة فاطمة Doktoreka Fatima. Fatima N°1, Imm.A28, Résidence Addamane Ain el-Hadid, Casablanca, Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL AOUAÏD Mme EL AOUAÏD 575, Av. du 2 Mars Andalous 05.22.28.57.84 - Casablanca	03/10/20	351,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIODIAGNOSTIQUES			
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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqu

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, à

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
120/20 C	C1	120.00 DH	INP : 09105748916 الدكتور فاطمة فاطمة Doctor Fatima Fatiha N°1, Imm. A28, Résidence Addamane Ain Sétif - SA - Tel: 022-30.11.90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA PHARMACEUTIQUE Mme LAAOUI Aicha 675, Av. du 2 Mars Andalous Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca	03/10/20	351.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

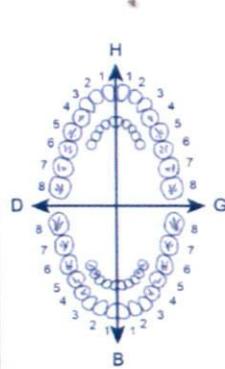
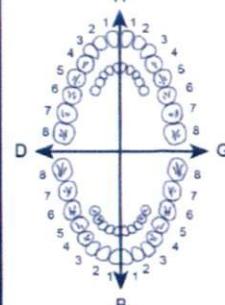
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et les soins effectués.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			
			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	
G	35533411	11433553	
B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

PRO
INP :
COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION
COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

PPV 30DH00
Traitem
PPV: 20DH00
FEBREX® Adulte Sans Sucre
6 118000 310531
PPV : 19,30 DH
Otrivine 1%
Mébutamate Solution 10 ml
6 118000 220138

Docteur Fatiha EL KAÏCHI
Médecine générale

N° 1, Imm . A 28 Résidence ADDAMANE
Aïn Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيبة القيشي
الطب العام

رقم 1، عمارة 1، 28 إقامة الضمان (الضحى)
عين الشق - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 50 11 90



Casablanca, le : 03 / 10 / 2020

282,00

M^E SOUMMANE Abdessadeq

1) Factive :

1cp 1J x 07 J.



ARS

30,00

2) Prospan Miropi

1 cās x 31 J



PHARMACEUTICAL
Mme. El Kachchi
575 Av du 2 Mai 1958
Tél: 05.22.28.57.84 - Casablanca

20,00

3) Feb-rex sachets

1 sachet x 31 J



sachets au cours des
repas.

19,30

4) Otrivine gouttes nasales

1 pulvérisation deux chegues bovin x 2 J.



351,30

الدكتورة فتيبة القيشي
Doctor Fatiha El KAÏCHI
N° 1 Imm. A 28 Résidence Addamane
Aïn Chock - CASA - Tel: 05 22 50 11 90