

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 050361

ND: 50394

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07219 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHBAZ HICHAM
Date de naissance : 07-06-1968
Adresse : 6 ILLOT 20 CGT UNVILLE verte
BOUSKOURA
Tél. : 06 61 46 95 95 Total des frais engagés : 4,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M'Barka TADRARTI
Pédiatre - Gastro-entérologue
19, Rue Nassih Eddine
Maarif - Casablanca
Tél 05 22 99 23 45/99 26 09
INP 091131813

Date de consultation : 13/11/2020
Nom et prénom du malade : Ned Amine Khba3 Age : 16
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : MUPRAS 3-7 DEC: 2020
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 : CASABLANCA Le : 13/11/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
13/11/20	G		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ROUTE DELIADU 240, Bd Brahim Rouda Tél: 05 22 99 57 46	13/11/20	39,2
	13/11/20	125,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

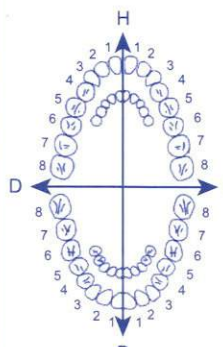
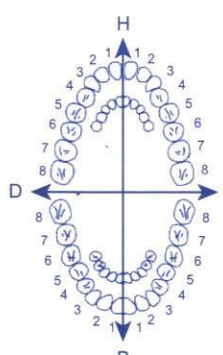
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																														
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td colspan="2"></td></tr></table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D			G	00000000	00000000			35533411	11433553			B				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																																	
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	D			G																														
	00000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	B																																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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'EXECUTION

Docteur M'barka TADRARTI

PÉDIATRE

ENDOSCOPIE DIGESTIVE & PH-METRIE

Ancienne Interne des Hôpitaux de Rennes
D.E.A. De biologie cellulaire et fonctionnelle
des processus digestifs, Paris VII
Diplôme d'université d'endoscopie digestive
et de proctologie pédiatriques, Paris VII
Membre du groupe francophone de
gastro-entérologie et nutrition pédiatriques

19, Rue Nassih Eddine (Socrate)
Résidence Anfa 3 - Maârif - Casablanca.
Tél./ Fax : 0522 99 23 45 - 0522 99 26 09
E-mail: tadbarka@yahoo.fr

الدكتورة مباركة تادراتي

إختصاصية في طب الأطفال

الفحص الباطني للجهاز الهضمي

خريجة كلية الطب بفرنسا

ملحقة سابقا بمستشفى روبر دو بري

عضو في الجمع الفرنسي

لأمراض الجهاز الهضمي

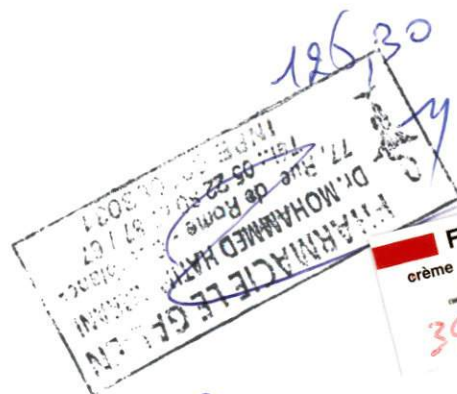
19. زنقة ناصح الدين (سقراط) إقامة أنفا 3

المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف / الفاكس : 0522 99 23 45 - 0522 99 26 09

Khezib Amine

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,6 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH



Vaxigrip

white

39,70

4 fucidine crème

no applicat x 2/10
pendant 8 jrs

T = 125,30 + 39,70

ROUTE D'EL JADIE
240, Bd Mohammed VI
Tél: 05 22 99 23 45

DR. M'barka TADRARTI
Pédiatre - Gastro-entérologue
19, Rue Nassih Eddine
Casablanca
Tél: 05 22 99 23 45 / 05 22 99 26 09