

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-784276

A 56905

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 8963		RBM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OTMANE
Nom & Prénom : Aissaoui		Date de naissance : 04/01/71	
Adresse : Rue 35 N° 66 Hy Laymore II Hay Hassani		Tél. : 0661470966 Total des frais engagés : 489 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. ETTABOUTI Noureddine Pédiatre Pneumo Allergologue N°5, Rue 91, G 8 Bd Oued Bech, Oulfa Tél.: 05 22 89 22 89 - Casablanca INPE : 091062463
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	24/01/2023
Nom et prénom du malade :	Aissaoui Sarah Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/03/2023

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
26/1/23	G	250 d		DOCTEUR BENJAMIN DENTISTE PRESTATEUR N°5 Rue 22 Casablanca Tél.: 05 22 89 22 89 - Casablanca INPE 091062463

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Bennani Jaafar Oued Sebou - O SABLANCA 1899	26/1/23 2023	239,40

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 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/> </td

PPU: 79, 90 DH
LOT: 651111
PER: 06/24

PER : 06/24

— 1 —

LOT:22122

PER: 09/202

PPV: 20, 40%

PPU:79,30 DH

10T:651111

PER : 06/24

الدكتور نور الدين

إختصاصي في أمراض الأطفال والمراهقين
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
خريج كلية الطب بمارسيليا

الآلفة . رقم 5 زنقة 91 ، مجموعة ب ، (شارع واد بهت)

الدارالسضا - الهاتف: 05 22.89.22.89

الدار البيضاء، في :

Aissaoui, Sarah -

febrex sachet adell ^{FAM} _{S.V.}

20-50

Answer 81

~~Huey P. Newton~~ ^{FAM}
~~S.P.~~

John 8:11

Clark DO Faelleb (TAM)
S.K.

(Xer + 81)

~~Dolycerte dock~~ ^{S.I.}

Aug 19
Edgar Reeds ^{TAM}

~~Onyx~~ ~~for~~ ~~81~~ ~~(x6)~~

Dr. ETTABOUTI Noureddine
Pédiatre - Eumo Allergologue
N°5, Rue 91, G.B Bd Oued Bcht, Oulfa
Tél: 05 22 22 89 - Casablanca
INPF : 091062453