

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



Déclaration de Maladie

N° W21-621440

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1512	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAKHOIRI Meb
Nom & Prénom : LAKHOIRI Meb			
Date de naissance : 1951			
Adresse : TARIK EL KHEIR Rue 12 lot 27 ap 8 Boulevar - CASA			
Tél. : 066 94 22 002	Total des frais engagés : 862,90	Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

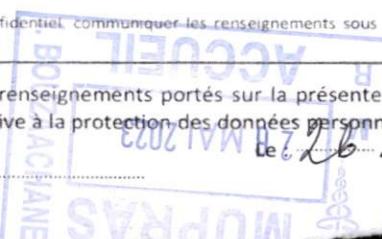
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr Abdessamii BENADDADIA			
Date de consultation : 16/05/2023			
Nom et prénom du malade : LAKHOIRI Meb Age : 1969			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Pharyngite a DNI's HTA			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le 26/05/2023



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
16/05/23	C.a	1	160,-	INP : 09 de 2023 Médecin : Dr. A. B. C. Adresse : 123 Rue Principale, Ville XX Signature : Dr. A. B. C.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 D. A. JALLOULI Pharmacie Tarik El Kheir Rue 9 N° 3 et 5 Hôpital Tarik El Kheir - Casablanca Sidi Bernoussi - Casablanca Tel : 0522 75 33 52	16.05.2023	702.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []												
				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>H G</p> <p>D B</p>		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<p>H G</p> <p>D B</p>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession.</p>			MONTANTS DES SOINS []												
				DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												

Dr. Abdessami BENADADA

Médecine générale

Diplôme médecine du Sport



الدكتور عبد السميم بن اعداده

الطب العام

دبلوم الطب الرياضي

LAKHOITNI

Mohamed

Casablanca, le : 16/05/23 الدار البيضاء في :

68,90 x 3

- FluRed LP

S.V.

3m

44,70 x 2

- Dimec

Pharmacie TARIK EL KHEIR

Dr. A. JALLOULI

Hay Tarik El Kheir Rue 9 N° 3 et 5

Sidi Bernoussi - Casablanca

TÉL/0522 75 33 52

€8,00 x 2

- Ghaghel

S.V.

2m

88,00 x 2 - Saph - S.V. 2m

14,60 x 2 - Paralys - S.V. 2m

46,60 - Xeris

99,00 -

202,90 -

S.V.

S

LOT : 4484
PER : 09/24
PPV : 46.60 DH

PARANTAL® **1g**

PPV 14DH60
EXP 09/2025
LOT 200314

PARANTAL® **1g**

PPV 14DH60
EXP 01/2025
LOT 1N0412

68,90

PPV: 88DH00
PER: 06-25
LOT: L 1756

PPV: 88DH00
PER: 06-25
LOT: L 1758

LOT 230001
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

LOT 230001
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

44,70

44,70

68,90

68,90