

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 :

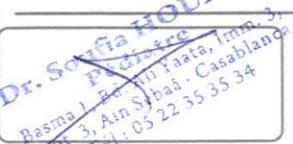
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

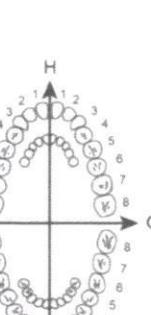
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12837</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>AB3435</u>
Nom & Prénom : <u>DGHAY Hicham</u>			
Date de naissance :			
Adresse : <u>Dyan Essalam, résidence PARIS, im 36, n° 12, Ain Soba</u>			
Tél. : <u>0666815849</u>	Total des frais engagés : <u>1417160</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin			
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 			
Date de consultation :				
Nom et prénom du malade : <u>DGHAY TAHA</u> Age: <u>0</u>				
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <u>VACAN</u>				
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 : _____
Signature de l'adhérent(e) : Le : 02/06/2023

VOLET ADHÉRENT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DR. YANNICK BERRADA 18, Bd. Al. Yannick Berrada, Casablanca Tél: 22 35 80 50 Fax: 05 22 35 80 50	01/06/23	1167.62

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																		
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
<input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																						
DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																						
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																						

- Spécialiste des Maladies de l'enfant et du Nourrisson
- Néonatalogie
- Allergologie et Asthme de l'enfant



- اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
- طب المواليد الجدد
- أمراض الحساسية والربو عند الأطفال

Casablanca, le 01 Juin 2023 الدار البيضاء، في

TANA

411,00

1) Meas - vac.

DGMAY
1.S

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP
P.P.V: 411,00 DH

5 118001 082063

25200
2) Rotarix ✓

1.S

496,00
3) Systam

1.S

8,60
4) Delpran ✓
1167661mm 3338

1.S

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:496,00 DH
ID:669683
6 118001 142392

Dr. Soufia HOUARI
Pédiatre
Rue 1, Bd Ali Yaata, Imm. 3,
Ain Sebaâ Casablanca
Tél: 05 22 35 35 34 / GSM.: 06 90 45 70 76 / E-mail: soufiahouari@gmail.com

شارع علي يعنة، 4، الطابق السفلي، الشقة رقم 3، عين السبع - الدار البيضاء

Bd Ali Yaata, Basma 1, Imm 4, rez de chaussée appt N°3 - Ain Sebaâ - Casablanca

Tél.: 05 22 35 35 34 / GSM.: 06 90 45 70 76 / E-mail: soufiahouari@gmail.com