

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 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

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.

N° W21-804317

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>6208</u>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SEBTI NDI KAMAL</u>			
Date de naissance : <u>01/12/1962</u>			
Adresse : <u>Kamal Sebti 6e@gmail.com</u>			
Tél. : <u>0606310210</u>		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>27/01/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>SEBTI KAMAL</u>			
Age : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Nature de la maladie : <u>Bronchite</u>			
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 : Le : 24/01/2023
Signature de l'adhérent(e) : Kamal Sebti



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
27/03/2023	C		150,00	INP : 092037209 27/03/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 092037209 27/03/2023		339,00
HARMACIE DE LA COLLINE		
parking CARREFOUR Sablance - Tel : 06 22 23 81 77 / 06 22 33 59 53		
266958 - Pat : 092037209 - N°. 5073492 - CNSS : 6063490		
ICE : 00048382000004 - Email : paracetamol2014@gmail.com		

ANALYSES - RADIographies

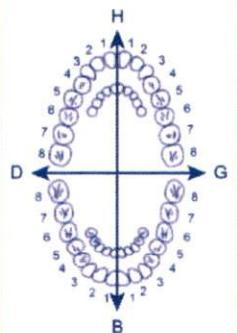
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

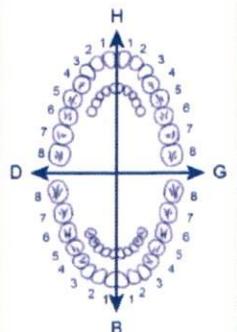
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
D	00000000
B	00000000
G	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le :

27/05/2023

الدار البيضاء، في :

LOT : 5552
PER : 12-24
P.P.V : 106DH50

LOT: 131919
PER: 05/25
P.P.V: 14DH40

Lot:
A consommer de
préférence avant le:
12/2024

PPC: 79,00 DH

200u.cEIP/ml

106,50

Adar George
150 x 3ij

L'igt SEPT CANELIA
PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR SUPERMARCHÉ (ancien Makro)
Casablanca - Tel: 05 22 33 59 53
RC: 266958 - PA: 20000044 - Tél: 05 22 33 59 53 - CNSS: 6063490
ICE: 000483820000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr

S.A.

14,40

Doliprane 500mg
100 x 3ij

S.A.

79,80

Ritcobébi Nez-George

100 x 3ij

S.A.

40,80

Baygon

1000 ml x 3ij

S.A.

40,00

Lot:
A consommer de préférence avant le: 01/2025
PPC: 99,50 DH

Lot. HAMZA, N°73, Sidi Maarouf - Casablanca - Tél. 05 22 32 13 13

33,50

Floridis 1/2

16x 13,50

339,40

Dr EL ALOUANI Hmid
Medecins Généraliste
T31 Lot Hmidza Sidi Maârouf
Casablanca 10.0522 S2 13 15

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR Sidi Maârouf (Ancien Makro)
Casablanca - Tel: 02 22 33 59 53
Mobile: 05 24 12 38 18
WhatsApp: +212 60731792 - CNSS: 6063496
RC: 266958 - Pat: 10003409 - Email: 10003409@hmail.tn
ICE: 000483829000044