

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

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

M22- 0045934

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AAA 0

Société :

R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAARIFI LARBI

Date de naissance : 01-01-1959

Adresse : HAY ELHOUADA RUE A N° 16

BERRECHID

Tél. : 0661139022

Total des frais engagés : 440,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2023

Nom et prénom du malade : ELFAROUKI MAMIK

Age : 65 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

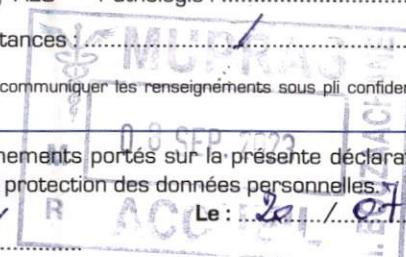
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Berrechid

Le : 20/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0045934

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : AAA 0

Nom de l'adhérent(e) : LAARIFI

440,00

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
20.07.2023			150,00 dt	<i>Dr. AMAL BENKHAYAT Médecine Générale - EL DAISS DU Pynéopponde - EL DAISS Tel: 0616 123456</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PARMA - NI MESKINE AZ. HALTE RUE DE RE, Bd X-24 EL BORG - TÉL: 05 24 23 02 70</p>	20/01/23	290,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

BELEVE 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													
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Date du devis <input type="text"/>												
				Date de l'exécution <input type="text"/>												

Dr Amal Benkhayi

Médecine Générale

- Ancienne médecin interne au CHU Ibn Rochd Casablanca
- Du Gynécologie et Infertilité et suivis de Grossesse de l'Université de Bordeaux France
- Ecographie
- ECG
- Suivis de Diabète et HTA
- Nutrition



الدكتورة أمال بنخيبي

الطب العام

- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
- مجازة في اختصاص أمراض النساء، تتبع الحمل والعمم لدى الزوجين
- جامعة بوردو - فرنسا
- الفحص بالمنظار لعنق الرحم
- الفحص بالصدري
- تخطيط القلب
- مراقبة السكري و الضغط الدموي
- التغذية

Ordonnance

EL Brouj le :

Mr/Mme :

2023/07/20

Dr S. V. 2
El Brouj

79,00

LOT: 4265/FC17
EXP: 01/26
PPC: 95.00DH

571,00

LOT: M0845
PER: 09/2024
PPU: 74,00DH

INPE : 061216776

شارع محمد الخامس، أمام المحطة الطابق الأول Bd Med V, Elbrouj, 1^{er} étage

رقم الهاتف : 06 06 72 19 02

Diprosene
ajusté

Dr AMAL BENKHILI
Médecine Générale - EL BIROUJ
Gynécologie - EL BIROUJ
Tel: 0505 72 19 02
INPE : 0612 16778