

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 AIC :

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



Déclaration de Maladie

Nº W21-809377

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7944	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	183051
Nom & Prénom :	BEN RBA AHMED		
Date de naissance :	1963		
Adresse :	RUE 3 VILLA 22 - AL AIMOUN		
CASABLANCA			
Tél. :	0661696683	Total des frais engagés :	1414,30
			Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
<p style="text-align: center;">دكتور سعيد المحاجي</p> <p>دكتور سعيد المحاجي خبير لدى المحاجي محلف خبير مولاي التعماس لبنان 60. شارع مولاي الحسن العسيلي شيفن الحسيني الدار البيضاء 1090 91 58</p> <p style="text-align: right;">MUPRA</p>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	٢٠٢٣/١٠/٢٣
Nom et prénom du malade :	زياد احمد
Age :	16
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	نزل
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 : 11/01/2023 à CAPO BÉNIN Le : 1 / 1 /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A-U 140 Lot Smiralda Lissac Castres	11/10/13	634,35

07 ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANATOLE D'ARIA - PARIS TOMOGRAFIE 1001716042000080	11/10/2013	11.C.E.1	5600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'ODD.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

30/19/10
8- Unidex 100 000

unidex

May / Mois

3

9-

Alivital

100 000

1 - Q - 1

654130

LOT: 09492320
PER: 01/2003
P.P.V: 7,00 DH

97,00

HARMACHE SARANAZ
S.A.R.L.A-U
140 Lot 5mirada Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH

118001 185030

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH

PARAPHARMACIE
PARA - PARIS
Rue 3 N° 3 - Berb. A. 10000 CASA
TÉLÉPHONE 3322 33 33

M

A H Y E D .

CASA

le 11, 10, 2023

FACTURE N° 22

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
08	Boîtes contourn plus par 25	70,00	560,00

560

A.I.C.E.
001716042000080

PARAPHARMACIE
PARA - PARIS
Rue 3 N° 3 - Berb. A. 10000 CASA
TÉLÉPHONE 3322 33 33