

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.

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

N° W21-817355



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11460	Société : RAI		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KANBOU MARBTI			
Date de naissance : 12-03-1975			
Adresse : N°58, Rue 3, 9 ^e YOUSRA, OULFA, CASA			
Tél. : 0661 05 2135	Total des frais engagés : 371,10 Dhs		

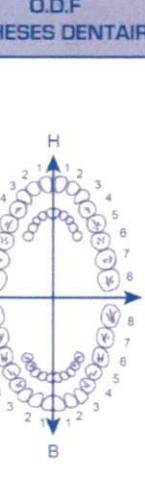
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Benslimane Hajar Médecin Généraliste - Allergologue Rés. Riad Garden, Imm 2, Bd Layouni Casablanca - Tel : 05 22 69 20 13			
Date de consultation : 30/09/2023			
Nom et prénom du malade : Kanbou nabil . Age:			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : Sinistre			
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 : 04/12/2023

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
20.11.12	3	C	200.00	INP : 024497673 Dr. Benslimane Hajaj Medecin Generaliste - Allergologue Rés. Riad Garden, Immeuble 2, Bd Laymoun Tel : 05 22 60 20 13

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARIAM Dr. DERI AZIZA otissement Youssra, Lot 11 Casablanca	<u>30/11/23</u>	<u>171.10</u>

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 : <input type="text"/>									
						Coefficient des travaux <input type="text"/>									
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
						DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>									
						FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>									
	ODF PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>									
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G												
		25533412 00000000	21433552 00000000												
		D	G												
00000000 35533411		00000000 11433553													
B															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION										

Dr. Hajar BENSLIMANE

Allergologue – Omnipraticienne

Diplômée en Allergologie de la faculté de Montpellier

Diplômée en Diabétologie de la faculté de Rabat



Asthme, Rhino-conjonctivite allergique

Allergie alimentaire

Allergie médicamenteuse

Urticaire, Eczéma

Tests allergologiques

Exploration fc

Désensibilisat

N° Lot: 3UW962

Fab.: 06/2023

Per.: 06/2026

Prise en charg

Médecine génér

PPV: 102,10 Dhs

Casablanca, le : 30.11.23

Patient (e) : Kankau Nabil.

LOT: M0975
PER: 02/2025
PPU: 69,00DH

69.-⁰⁰

- Bionanic 500
tcp 1; x 05 j

PHARMACIE MARA
Dr. DERIAZIZA
otissement Youssra, Lot 115
Zoubir CASABLANCA
0522692013

- Vito Class

tcp 1; le mat x 10 j

102.-⁰⁰

- Tabralax
1polv In → le mat x 01 m

1121.10

Dr. Benslimane Hajar
Medecin Generaliste - Allergologue
Res. Riad Garden, Imm 2, Bd Laymoun
Casablanca. Tel: 05 22 69 20 13