

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

RC
60808

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2813 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NAJLAW SAA DIN

Date de naissance :

Adresse : 150 R. mostaf mamine

Tél. 0661 342 342 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 : 15/03/2021

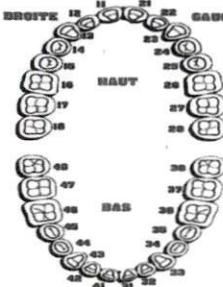
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

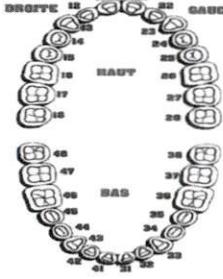
Veuillez fournir une facture

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 |
|---|------------------|-------------|--|
|  | | | <input type="text"/> |
| | | | Montant des soins <input type="text"/> |
| | | | Début d'exécution <input type="text"/> |
| | | | Fin d'exécution <input type="text"/> |

ODF. Prothèses dentaires

| Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux |
|--|---|---|
|  | H 25533412 00000000 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 00000000 11433553 |
| | Montant des soins <input type="text"/> | |
| | Date du devis <input type="text"/> | |
| | Fin de <input type="text"/> | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | |

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W16-092335

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



W16-092335

DATE DE DEPOT

...../...../2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2813

Nom & Prénom AJALANE SAADIA

Fonction retraitée Phones 0661312312

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 06/03/2021

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Infec covid-0

06

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
| Coll | | Gult |

PHARMACIE

Date 06/03/2021

Montant de la facture

I.N.P.E 092043462 25660

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraire

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--------|----|----|----|---------------------------------|
| AM | PC | IM | IV | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Dr. Amina JAI HOUI
Medicine Générale Allergologie
137, Bd Moulay Youssef - CASA
PRIM'HOPE MODERNE
Doktorat d'état en Chimie
Zakaria Hassan
68, Avenue M'daoud du 11 Janvier et Marjapha
Tél. : 0522.22.9.15 - Fax : 0522.20.86.87
E-mail: zakaria.hassan@gmail.com

ZINASKIN®

PPV 79DH79
PER 11/23
LOT J3107

PPV 40DH90 EXP 11/2023
LOT 00049 16

PPV: 56,30 DH
LOT: 20J27D
EXP: 10/2022

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3282



P

à Paris

tests cutanés et explorations
fonctionnelles respiratoires

الطب الع
أمراض الحس
و الفحص بالص
طبية سابقا في مستشفيات
باريس

Casablanca, Le 06/03/2021 الدار البيضاء، في

نº ٦٣ ميلان سعادية .

٣٩٧٥ × ٢

١) Aux ٥٠٩٠ ١٠ جم ١٠ جم
١/٢ كپ + ٢١ جم → ٧ جم

٦٥٩٥

٢) Zinaskin ١٠ جم

٥٦.٣٥

٣) ٢ كپ ١٠ جم

٢٥٦.٦٣

١٠ جم → ١٢ جم

Dr. Amina JAI HOKINI
Médecine Générale Allergologie
137, شارع مولاي يوسف - Casablanca - Tél. : 05 22 27 91 99