

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

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° P19- 0041953

ND: 13713

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DANI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0671 426770 Total des frais engagés : Dhs

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 :

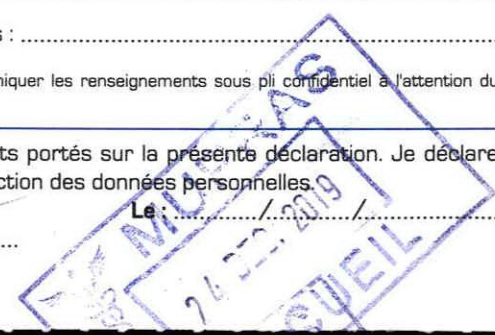
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552	
	D 00000000 00000000	
	G 00000000 00000000	
	35533411 11433553	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la profession	Date du devis
		Fin de

--	--

VOLET ADHERENT	NOM: DIANI Mohamed	Mle 1098
DECLARATION N°	W18-383458	
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		



W18-383458

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom DIANI Mohamed		
Fonction Pétite	Phones 057146670	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 26.10.19
Nature de la maladie Affection dermatologique		Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes Cs	Nbre de Coefficient 5	Montant détaillé des honoraires 300 dh

PHARMACIE	Date
Montant de la facture 1006,00	Pharmacie Naïma INP: 92044569

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

ديبروزون 0,05% كريم

بيتاميتازون
للدهن



LOT: 110
PER: AUT 2022
PPV: 32 DH 50



ميجي

الشعر
ية

84,20

26 OCT. 2019

Casablanca, le

بيضاء, في

Pharmacie Naïma

INP: 92044569

Dr. Diori: Nes

239,00
1=

La au gel sup de
et si



84,20
2

DERMOKI
en milieu
le nez

06 service
sma
Echam

32,50
1

Diposa ces (100)

Ukr 11.
nach 10
nach 13x

188,70 x 3
h

D. flura
sup

1006,00

UT. AV.: P.P.V.

LOT N°:

188,70

UT. AV.: P.P.V.

LOT N°:

188,70

UT. AV.: P.P.V.

LOT N°:

188,70

09366022/4

Dr. Khadija LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casablanca - Tél. 05 22 90 04 17

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca
زاوية شارع سيدي عبد الرحمان وشارع عبد الهادي بوطالب. الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدار البيضاء
هاتف العيادة الثابت: 05 22 90 04 17 - الهاتف/الفاكس: 05 22 89 19 35
E-mail: cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet: 06 69 88 00 95
محمول العيادة: