

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 caractére 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

NPD
14233

Déclaration de Maladie : N° P19- 0019286

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 01516 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

MASSEK ALLA BEN ABDELLAH Date de naissance :

Adresse :

141101 COMMUNAL SIDI MAAREF

Tél. :

0640060075 Total des frais engagés : 1624,00 mxd Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 DEC 2019

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 : Casa

Le : 20/12/19

Signature de l'adhérent[e] : 

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
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Rue 110 Complexe Sidi M'Barek Tunis - 1335 Tél: 052-335587 Fax: 00048370000083	20/12/2013	76.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre de dialyse AL MAJD

DR ELKHOULI . W

Spécialiste en néphrologie
maladie des reins et hémodialyse
Ex-médecin chef du service de dialyse
à l'hôpital Med V Hay Mohammadi, Casa



Casablanca le : Ne 20112019

مركز تصفية الدم المجد

الدكتورة و . الخولي

في امراض الكلى و تصفية الدم

سلعة امراض الكلى و تصفية الدم
العي محمد، الدار البيضاء

LOT: 236
PER: AUT 2021
PPV: 125 DH 00

LOT: 214
PER: JUN 2020
PPV: 125 DH 00

LOT: 233
PER: JUN 2021
PPV: 125 DH 00

Retir h Abscisse

S.V

129,00

- lo An fin. b 50/12,5
125,00 X 3 187.

S.V

129,00

- Anagn 110 →

129,00 X 3 111

PHARMACIE
RUE 100 Comp
Sidi Maarrow
Tél: 0522 33 25 47 - 0522 33 25 48
ICE: 000443700000

129,00

met tel a
S

Dr. W EL KHOULI
Centre d'hémodialyse ALMAJD
Rue Ibn Tachfin, Ouled Ziane, M5
et Route Ouled Ziane M5, 5,7
Tel: 0522 60 81 81 / Fax: 0522 60 22 00