

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° W19-498100

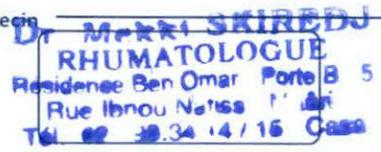
ND: 14 353

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3675 Société : IL-AN
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : SALHI FAYCAL
 Date de naissance : 01/02/1971
 Adresse : 70 Rue ANHWA KADIMIA
 Tél. : 06 61 31 1347 Total des frais engagés : 280 + 2572 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 26/12/2019
 Nom et prénom du malade : Salhi Faycal Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Douleur
 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 : Casablanca Le : 27/12/19
 Signature de l'adhérent(e) : 

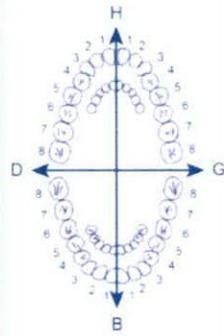
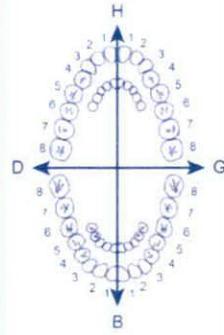


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/12/19	C5		270.00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] DR MEKKI MEKIBI RHUMATOLOGUE Résidence Bel Omer Porte B 5 Rue Honorables M. J. M. J. Tél. 022.98.34.17.16 Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie VITA SARLAAJ TEL: 05 22 98 43 63 FAX: 05 22 98 44 45 pharmacie.vita@gmail.com 663, Boulevard Boudjah Val d'Or, Casablanca - CASA	26/12/19	257.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D	00000000	00000000	B																
	35533411	11433553																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale

et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيروج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم

العظام - المفاصل - العمود الفقري

خريج كلية الطب بـمونتبليي

التطبيب اليدوي

فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le 26/12/19

19,30
1 - Grexin 20 up (3)

59,30
LOT: 017
PER: 27/2
PPV: 03/20

0 - 1 - 0 apres r/2005

129,30
3 - Ezium 110 (3)

129,30
LOT: 10
PER: 0

37,00
3 - Dulac 800 (3)

041519 05/24
PPV 3YDHO0

38,00
4 - Agifen 90 (3)

LOT: 489
PER: MAI 2022
PPV: 38 DH 80

257,00

VITA
Pharmacie VITA - Casa
TEL: 05 22 99 34 14
FAX: 05 22 99 34 15
E-mail: vita@vita.ma
104, Bd Brahim Roussine
Val Pécoul - Maarif - CASA

DR. MEKKI SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
RESID. BEN OMAR - PORTE B, 5
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF
TEL: 05 22 99 34 14 / 15 - CASA