

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

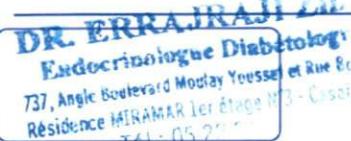
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

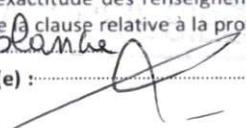
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-547311

34112

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8094	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LOUANSLI ADIB			
Date de naissance : 28/10/1961			
Adresse : Lot Jardins Hajja rue 10 N24 - California			
Cose			
Tél. : 06.61.42.36.88 Total des frais engagés : 1650 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 1/14/20			
Nom et prénom du malade : LOUANSLI ADIB Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : diabète gpt 2			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 28 juillet 2020			
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 Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 01/10/2020

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
1/14/9e	C	C		<p>DR. ERRAJRAJI Endocrinologue Diabetologue 737, Angle Boulevard Mohamed Youssef et Rue Béchir Résidence MIRAMAR 1er étage N°3 - Casablanca Tél : 052 51 20 20</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OXYGENE SOUAD DEMIUI TAZI Signature pharmacien - Date 02/04/2020	02/04/2020	1650.00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Début d'exécution []
				Fin d'exécution []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Date du devis []
				Date de l'exécution []

O.D.F
PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Creation, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZinebERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Maladies Métaboliques



الدكتورة الرجراجي زينب

متخصصة في مرض السكري
والغدد

6/1/2020.

M² - Errajraji Adis.

550,00 × 3

Jardiance 10 S.V.

S.V.

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00

313839-02

1 - 0 - 0 .

= 1650,00

DR. ERRAJRAJI ZIN
Endocrinologue Diabétologue
737, Angle Boulevard Moulay Youssef et Rue Bd
Résidence MIRAMAR 1er Etage N°3 - Casablanca
Tél : 05 22 26 52 11

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00

313839-02

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00

313839-02

PHARMACIE OXYGENE
SOUAD DEMNI TAZI
1 bis, Bd Panoramique
Casablanca - Tél. 022 26 52 11

737، شارع مولاي يوسف، رنقة بوكراء، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء
737, Angle Bd Moulay Youssef Rue Boukraa Résidence Miramar N° 3, 1er Etage
Tél. : 05 22 26 52 11 / GSM : 06 64 00 98 46