

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.

Biologie 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- 064000

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3144 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Azil AZILHA veuve BARTJ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 77 06 52 51 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 JUL 2020

Nom et prénom du malade : BARTJALI Age: 20 ans

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 : 27/7/2020

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
	46	12+1	D35
Coefficient des travaux <input type="text" value="D35"/>			
Montant des soins <input type="text" value="1200"/>			
Début d'exécution <input type="text" value="02/02/20"/>			
Fin d'exécution <input type="text" value="02/02/20"/>			

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	<input type="text"/>
H		G												
25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des soins <input type="text"/>												
		Date du devis <input type="text"/>												
		Fin d'exécution <input type="text"/>												

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
--	---

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0042811	
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			



P 17 / 0042811

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3144	Signature de l'adhérent 	
Nom & Prénom		B. J. Youssef		
Fonction	Phones	06.37.065231		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient		B. J. Youssef	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 2005	
Nature de la maladie			Date 02/02/20	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite 02/02/20	
TI endo 46 purpate aiguë / 46			Signature et cachet du pharmacien 	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
12+1	D35	12000		
PHARMACIE		Date	Signature et cachet du Pharmacien	
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 07-07-2020 في : الدار البيضاء

1. Soclaric 6716
124,00 15000 + 2000

2. Cataplan 50
2400 15000 + 2000

3. Fucidine creme
35,70 15000 + 2000

187,70

Fucidine® 2%
crème Tube de 15g
39,70

OT: M20015
EXP: DEC 2022
RPV: 24,00 DH

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف خبير لدى المحاكم
طبيب مولى التهامي
60, طريق مولاي التهامي
(قرب مستشفى الحي الحسني)
الدار البيضاء
مارولا 072 90 70 88 - الواسط
العائف 072 90 70 88

PHARMACIE HIBRY
Dr. Ahmed CHAFRI
60, Route Moulay Thami
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 90 70 88

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

17.07.2020

الدار البيضاء

Dr. RAHAT Ali

Ceramide

99,40

1 g x 2 / 7

SAI
99

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف خبير لدى المحاكم

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - الدار البيضاء
مارولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
المانف : 022 90 70 88 - الواكس : 22 90 97 66

PHARMACIE NIBA
Dr. Ahmed HAFRY
Hay Raha, Rue Hassan - Casablanca
51 Bis - Beauséjour - Casablanca
Tél: 0522 94 99 34 / 0522 39 34 31
Fax: 0522 94 99 34

PPV: 99DH40
Lot n°: 203859/
EXP: 02/2022

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

124,00

