

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'H. Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N°D : № W19-530663

34828

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9537	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionnaire	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : M. ZAHID Tihabi			
Date de naissance : 01.01.1958			
Adresse : AL QODS Lot ELFISR Res. RAYANE 06 SIDI EL BAKR MOSSI CASA			
Tél. : 06 60719450	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. ED-DOUMI RHUMATOLOGIE - VERTEBROTHERAPIE 10,7 Bd de Bordeaux Tel: 27.40.50 - Casablanca
Date de consultation :	28 JUIL. 2020
Nom et prénom du malade :	ED-DOUMI
Lien de parenté :	Conjoint
Nature de la maladie :	AF/Arthrose
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

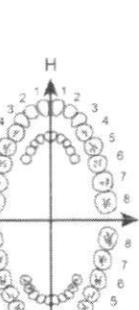
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/07/2020

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
20.07.2020	g		Dr. ED. BOURGEOIS 10. Bd. de la République Té. 27.40.50 - Casablanca	20200720 BORT

EXECUTION DE LA DEMANDE DU		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE D'ANFA OU NABIL KHAILID Le Quai d'Al-Makhaana N° 38, 39 - Place de Verdun Casablanca	10 octobre	81.80

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

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 : <input type="text"/> / <input type="text"/>											
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
ODF PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	B													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

Dr. M'hammed ED-DOUMI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Marseille

Rhumatologie - Vertébrothérapie
Mésothérapie - Médecine du Sport
Médecine Manuelle Orthopédique

Expert Assermenté près les Tribunaux

الدكتور احمد الدومي

خريج كلية الطب بمرسيليا

إختصاصي في أمراض العمود الفقري
المفاصل، العظام الرئية الروماتيزم
الترويبي - الطب الرياضي

خبير ملحق لدى المحاكم

Casablanca, le 20. JUIL. 2020 الدار البيضاء، في

نـ 2010 دـ عـ

38,00 1) VENULA 200

LOT: 13620004
PER: 01/2023
PPU: 38,00 DH

1 . 0 . 1

DATUM

15

1

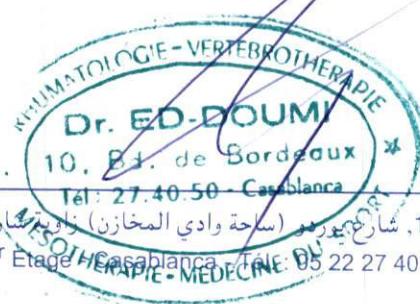
1 . 1 .

1

47,90
2)

47,90

PHARMACIE D'ANFA
LAHLOU NABIL KHALID
75, Place Oued El-M
des 3 Rols (ex-Place
Tel: 0522 27.38.46



10, شارع بوردو (ساحة وادي المخازن) زاوية شارع آنفا الطابق الأول - الهاتف: 05 22 27 40 50 - الدار البيضاء
10, Bd. de Bordeaux (place Verdum), Angle Bd. d'Anfa - 1^{er} étage Casablanca, Tel: 05 22 27 40 50