

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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

Nº W19-560190

ND-36192

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9143			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Société : S.A.R.L.
Nom & Prénom : EZZAHAF-YOUSSEF 07 AOÛT 2020			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

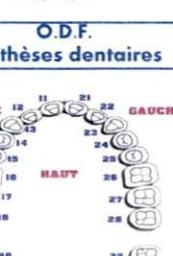


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
DROITE					Montant des soins
GAUCHE					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux
DROITE		H	25533412 00000000	21433552 00000000	Montant des soins
GAUCHE		D	00000000 35533411	00000000 11433553	Date du devis
		G			Fin de
			(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		

VOLET ADHERENT

NOM : _____

DECLARA

W19-404547

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



W19-404547

DATE DE DEPO'

DATE DE DÉPÔT
04/07/2010

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	9143	
Nom & Prénom		ESSALAF - BOUZIANE		
Fonction		Operateur phones		
Mail		2285		
MEDECIN	Prénom du patient BOUZIANE ZOURSIDA			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	
Nature de la maladie		Date 05-02-2020 Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>Docteur</i>				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C	1	150DH		
PHARMACIE	Date 05/02/2020 - 14/02/2020			
Montant de la facture 144.50 / 108.30				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	



Dr. Amina ARROUBI
OMNIPRATICIENNE

Ancien Médecin Chef de Centre de Santé Sbata
Diplôme Universitaire
Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)
Diabétologie - Echographie
Spécialiste en Médecine du Sport



الدكتورة أمينة عروبي
الطب العام

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سباتة
حاصلة على دبلومات جامعية
طب النساء (فحص عنق الرحم، تأثير الإنجاب)
مرض السكري - الفحص بالصدى
أخلاصية في الطب الرياضي

دار البيضاء في Casablanca Le ٠٥-٢٢-٢٠٢٣

R BOURAINE ROUBI DA

82.00



فلافل
صيدلية skiba
PHARMACIE SKIBA S.A.R.L AU
98, Av. Oued Edgahab, Jamila V
Tél. 05 22 37 32 33 Casablanca

112.40

X 2)



144.80

Intimosa HT

On folle utre

Dr. Amina ARROUBI
Avenue
Oued Dahab
Jamila 5
N° 55 46

الرجو إحترام وصفة طبيكم

شارع وادي الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكيبة

Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email: dr.amina.arroubi@gmail.com

Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, enface pharmacie skiba