

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-480725

36195

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12948

Société : RAH

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUACHMI Zineb

Date de naissance :

31/03/86

Adresse :

Résidence Ambar - Imm 0 - Apt 33
Quartier Afmaz - 20150 Casablanca

Tél. : 0661 19 4727

Total des frais engagés : 413,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/03/2020

Nom et prénom du malade : HOUACHMI Zineb Age: 35

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Elas 8 Mpt + D. S. A. 02

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/08/2020

ACCUEIL SIEGE HAM

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
<u>04/03/2020</u>	<u>C</u>		<u>1500H</u>	INP : <u>061074448</u> Médecin : <u>Generaliste</u> Signature : <u>maus</u> Date : <u>25/03/2020</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE CASAVIEW Centre Commercial Casaview Nassim Island - Casablanca Tél. 0522 69 64 64	04/03/2020	263,80

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.

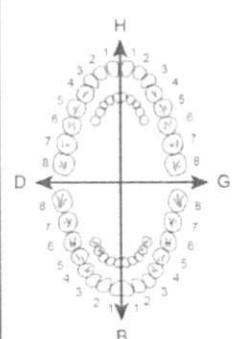
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie
Pédiatrie

Diplômée de l'université
de médecine de CRIMEE



الدكتورة براة لبنى

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريمي

Casablanca, le :

Patient (e) :

04/08/2020
19^e-HOUAC/III/3, n° 18

21st

① D. F. BERRADA M.

160,60 M 38

② D. F. SPC 203

18,00 18,1 Len

③ I. POCAS 9ch

18,50 38,4 P.

④ Ech. Pédiatrique 5ch

22 38-38

⑤ V. C. c 1000

18,10 16 Len

BERRADA
Médecin Généraliste
C32 Rés Al Firdaous
Casablanca
Tél. 0522 90 56 25

PHARMACIE CASAVIEW
Centre Commercial Casaview
Nassim Islane - Casablanca
Tél. 0522 69 64 64

App. N° 1, Imm. C32, Rée de chaussée, Résidence Al Firdaous - Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 90 56 25

05 22 90 56 25 شقة رقم 1، عمارة الفردوس الشعبي الحسني الدار البيضاء - المغرب