

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.

Educations :

- 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.

Prothèses :

- 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.

- Le 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 059511

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : CHAD d'Lygman Société : 2913

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MO 36400

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.03.72.99.93 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com
En charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

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

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 44410			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 044410

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2913	
Nom & Prénom Ehadi Lyamani			
Fonction	Phones		
Mail 06.03.73 99 93			
MEDECIN	Prénom du patient HARROU. Naïma		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 07/08/1958
Nature de la maladie		Date	07/07/20
bonnes des jantes - Angles + Al. tuelle maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
e		15000	
PHARMACIE	Date		07/07/20
Montant de la facture		1370,50	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

بسم الله الرحمن الرحيم

الشافعي هو الله

الدكتور محمد عتيق
دكتور في الطب

Docteur Mohamed AATIK

Docteur en Médecine



2022/07/07

7^e HARROU NA17A

126,3 x 3

11 Augmenter test 2B15

133,6 x 6

2) Droned 600 - 5p 6

95,00 x 2

31

2 cps - 2g
Nemflex un gel 12
1944 x 3g

T = 1370,50

- الطب العام
- حائز على شهادة الطب الرياضي
- الحماية - التغذية الرياضية
- الطب الفيزيائي - الترويض الطبي
- الطب الطبيعي
- حائز على شهادة الخبرة الطبية
- والتعويض القانوني للضرر الجسدي
- خبر قضائي محلف لدى المحاكم
- Médecine Générale
- Diplômé en Médecine de Sport Nutrition Diététique Sportive
- Kinésithérapie Rééducation
- Médecine Naturelle
- Diplômé en Expertise Médicale et Réparation Juridique du dommage Corporel
- Expert Judiciaire Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور محمد عتيق
خبير معتمد لدى المحاكم
حي مولاي عبد الله، شارع الخليل، الزقة 132، رقم 6 عن الشق
الرقم 6 عن الشق - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 21 85 11 - الفاكس : 05 22 50 84 03

حي مولاي عبد الله، شارع الخليل، الزقة 132، رقم 6 عن الشق
20480 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 21 85 11 - الفاكس : 05 22 50 84 03

Hay My Abdellah, Bd. Al Khalil, Rue 132 N° 6 - Ain Chock
20480 - Casablanca - Tél. : 05 22 21 85 11 - Fax : 05 22 50 84 03

133,60

133,60

133,60

133,60

133,60

133,60

PPV: 126,30 DH
LOT: 623070
PER: 05/21

PPV: 126,30 DH
LOT: 607863
PER: 10/20

PPV: 126,30 DH
LOT: 619305
PER: 10/20

ISOPHARM
Newflex Cooling
95,00 DH

ISOPHARM
Newflex Cooling
95,00 DH