

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 soit 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-487629

39476

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 17 873	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : WASSOU ZINEB			
Date de naissance :			
Adresse : Margola Rue J N° 72 au étage Houg Hassani casa			
Tél. : 0522 907092	Total des frais engagés : 669,2 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%; height: 100px; vertical-align: top;"> <small>Madame, je vous prie de bien vouloir signer ce document et de le renvoyer à la Mutuelle. Je vous remercie par avance pour votre compréhension et votre collaboration.</small> </div>			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%; height: 100px; vertical-align: top;"> <small>03 AF 2020 BENOUAR ZINEB</small> </div>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Asthme Nez ITTA hypothyroïde			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
03/07/90	6		200,00	INP : 1325315380 Médecin attestant le paiement des honoraires

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MEYER 16, Angle Bouillou - Castelnau Tel.: 05 22 88 50 05	03/07/90	469,20

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitements		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS												
PROTHESES DENTAIRES		<table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



Casablanca, le 03.1.201

- الطبع العام
- حائزة على دبلوم الفحص بالصدى
- حائزة على دبلوم الطب الرياضي
- حائزة على دبلوم التغذية والحمية
- التغذية الوظيفية
- حائزة على دبلوم داء السكري

Ms RENOUAR 2 mls

139,0 x 3

Pocahontas

158g x 3 Mols

24.40x3

S.V

- Levostyrol 100,50

1 cp 100 + 1cp 50

300 min Award petit x 3 Mols

~~Doctor Rachida HOUMID BENNANI
Médecin généraliste
de la Santé publique
Dér El Houria, Bd Sidi Abderrahmane
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 23 81~~

Pharmacie
Dr. Rachida HOUMID BENNANI
16, Angle Bd.
Hay Hassani
Tél : 05 22 90 23 81

درب الحرية، شارع سيدى عبد الرحمن، بلوك 208، رقم 58 - الحي الحسني
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N° 58 - Hay Hassani
Casablanca - Tél. : 05 22 90 23 81
E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V : 132DH00
LOT : 20E006
PER.:02 2023

6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V : 132DH00
LOT : 19E004
PER.:11 2022

6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V : 132DH00
LOT : 19E004
PER.:11 2022

6 118000 062301

611 800110292 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020