

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



Déclaration de Maladie

N° W19-543481

41857

par
Gamel

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM	
Matricule : 04444			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JABER Abderrahim			
Date de naissance : 30/12/2020			
Adresse : INARA 1 RUE 13 N° 31 CASABLANCA			
Tél. : 0661946601	Total des frais engagés : 176,90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr Najib BAGHDADI SPECIALISTE Q.R.I Résidence Édoumene GH1 App 6 Av. EL Qods Ain chok Casablanca 05 22 50 30 23 Tél. 05 22 22 78 18 </div>	
Date de consultation :	3/9/20
Nom et prénom du malade :	Jaber Abderrahim
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Ophtalmologie
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 : 08/10/2020

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
3/9/23	CE		220	INP : <input type="text"/>
	+ K10		50	GSIM 0681 90 15 43
	+ K10		200	TEI 0522 88 88 23
	+ K10		144	Signature : 
				Spécialiste :  Société Eddamine GHI EIG 1 ADP 6

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/09/2020	176,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
			H		
	D	G	25533412 00000000	21433552 00000000	
	B	H	35533411	11433553	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession				

ORDONNANCE

Fait le ... 31/9/12

Jaber Abremh

1S

1 - oxiflor 200

11210

1x2g x 7. 1S

19402 -

Antibiotique

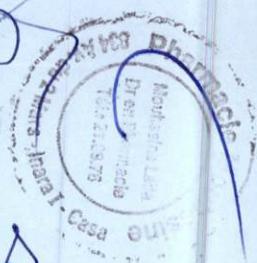
3g x 7, 1S

4550
3-

Catéchol

100 mg x 10

1S



PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Frolongée Inara
Casablanca - Tél.: 0522 30 30 20 / 0522 30 30 21
Residence Edmond de Rothschild
Ville Bouskoura - Tél.: 0522 30 30 20 / 0522 30 30 21
Dr. Nabil BAGHLI
Spécialiste R.L.



LOT: M19124
EXP: AOU 2022
PPV: 45,50 DH

ANTIBIO SYNALAR

19,40

OXIFLOR® 200 mg 20 comprimés
PPV 112DH00 EXP 09/2022
LOT 95019 1

ORDONNANCE

Fait le 31/12/.....

Jahru Aburash

Facture

Aburash = 80 DT
(sage 3)

GSN 0661 80 16 48
Tel 0522 50 30 23
Residence Gouda An Chak - Casablanca
SPECIALISTE O.R.L.
Dr. Nabil Moushlimi