

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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 exigé 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° P19-0039911

ND: 49923

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1022 Société : RAH

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AGWAN ABAS Halima

Date de naissance :

Adresse : Résidence EL KAWM, IM4 ME Apt. n°6

Hay EBALAM CCIL

Tél. : 06 69 26 36 49 Total des frais engagés : 150 + 564,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AGWAN Halima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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.

Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles et l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

Fait à : Casablanca Le : 09/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039911

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1022

Nom de l'adhérent(e) : Halima

Total des frais engagés : 150 + 564,60

Date de dépôt : 09/10/2022

RELEVÉ 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
09/11/26	C		150DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/20	564.60

[illegible][illegible]

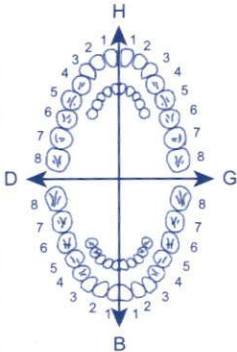
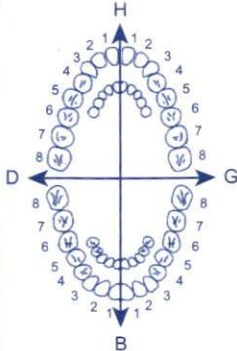
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mifdal Malika

Médecine Générale

36, Rue El Koronfol 1er étage App.2

Hay Raha (Beausejour)

CASABLANCA

Tél.: 0522.36.64.48

الدكتورة مفضال مایكة

الطب العام

36, زقة القرنفل حي الراحة (بوسيجور)

الطابق 1 الشقة 2 - الدار البيضاء

الهاتف 0522.36.64.48

CASABLANCA, LE

09/11/2020

M^{re} Adnan Halima

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
Tchénopole - Akroport Mohamed V
B.P. : 126 - Nouaceur - Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C. 245,00 DH
Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament
1° LA 20181706751DMP / 20UCA / MA 95

LOT 20E024
PER 12 2021
TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V. : 150DH70
6 118000 060901

PHARMACIE
LAKRAKI HANNA
ANGLE BO GHADDET
EL MANSOUR 360806

VITAMINE C 1g
Boîte de 10 comprimés effervescent
PPV : 14,80
6 118000 190 9

Fer: 03/23

يحفظ بعيدا عن
الحرارة والرطوبة

DR. MIFDAL Malika
36, Rue El Koronfol 1er étage App.2
(Beausejour) - Casablanca
Tél.: 0522.36.64.48

79,70 - Zithromax 500 (SV)
15,70 - Toplexil 150 (S.P.)
51,70 - Mebeverine Forte (SV)
14,80 - Vitamine C 1g (SV)
119,00 - Vit D3 (SV)
18,00 - Pulmo flide (SV)
17,70 - Effergalge (SV)
241,00 - Symbiogen (SV)
811,60

UT.AV. : 04 2022

P.P.V.

LOT N° : 1290364

79,70

EFFERALGAN® vitaminé C

PPV 17DH70

EXP 07/2022

LOT 960473

20 comprimés effervescents

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. : 18,00

pulmofluide®

BATCH 072543
MFD 10/01/20
EXP 10/01/22

EPIOMEDPharma

PVC : 119,00

LOT 2000393

EXP 01 2023

PPV 54,70