

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-514595

NSR OCC
N° = 17485

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07281

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BENBRAHIM HED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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 faire pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-514595

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

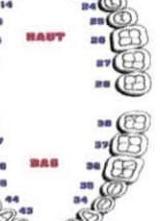
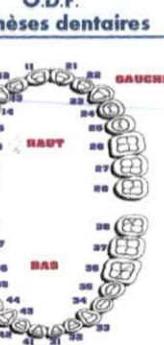
Total des frais engagés :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<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
	H	25533412 00000000 D —————— 35533411	21433552 00000000 G —————— 11433553	<input type="text"/>	
	(Création, Remont, adjonction)				Montant des soins
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>
					Date du devis
					<input type="text"/>
					Fin de
VOLET ADHERENT		NOM :			Mle
DECLARATION N°		W18-346089			
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-346089

DATE DE DEPOT

..... / /201 ..

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie 7284	
Nom & Prénom BENBRAHIM Ned		Fonction : CDB Phones 0661512260	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient Benbrahim Mohamed	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date
Nature de la maladie Affectio respiratoire			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes 01/02/13	Nbre de Coefficient adl	Montant détaillé des honoraires AFDOL	Date 1ère visite 01/02/13
PHARMACIE		Date 01/02/2013	
Montant de la facture 320,60			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
AM	PC	IM	IV
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	

Dr. NAJAT HADDIOUI

Médecine Générale

Diplômée en Echographie Générale
Diplômée en Mésothérapie
Diplômée en médecine de travail
de la faculté de Rennes
Cupping thérapie

Bd. Afghanistan, Lot Albaraka GH2 T11
N° 3 - Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 05 22 89 78 45

الدكتورة نجاة حديوي

الطب العام

جازة بالفحص بالصدى

جازة في التداوى بالمكروحقن

جازة في طب الشغل من كلية رين بفرنسا
الجامعة

شارع أفغانستان، مجمع البركة GH2 T11
رقم 3 الحي الحسني - البيضاء
الهاتف : 05 22 89 78 45

ORDONNANCE

Casablanca le : 01/02/19 الدار البيضاء :

Benbrahim Mohamed

29,50

1) Ritopolis sirup

an mil ml

2) Cefutil 500mg

29,50 2 g x 3

29,50

3) Parasophen 4g



4) S.W. 2 g x 3

Biogesic Vite (Acenyle)

5) S.W. 2 g x 3

J 2320,60

le ml

Dr. Najat HADDIOUI
Médecin Généraliste
Bd. Afghanistan 00 Baraka 01/02/21
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 0522 89 78 45

Lot N° / A consommer de préférence avant fin :
Batch N°/Best before end of:
 رقم الدفعة / يستهلك قبل :

LOT 3227/9
EXP 08-2021

BIOFAR VIT C BTE 20
PPC : 69,00 DH
Ut Av : Lot :
08/2021 8227/9
IPHADERM

Poids net :
Net weight:
الوزن الصافي :
~~90 g~~



85



Lot:
A consommer
de préférence avant le:

181112
11-2021

PPC: 79,50 DH

Parasphan®

PPV 300DH90
EXP 10/2021
LOT 88018 2

LOT 180970 1
EXP 04 21
PPV 141.20 DH