

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-519312

19180

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

5521

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Nourddine Kelouz

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-519312

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 :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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 travaux
DROITE	HAUT	GAUCHE			
12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 20 19 18 17 16 15 14 13 12	28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12	31 32 33 34 35 36 37 38 39 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12			
BAS					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H			
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

Vise et cachet du praticien

Vise et cachet du praticien



W18-374713

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

SS2A

Nom & Prénom : ICALICM Nmeddine

Fonction : Fonction : Phones :

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

ICALICM Nmeddine

Adhérent Conjoint Enfant Age :

Date :

Nature de la maladie :

Date 1ère visite :

Anxiété + relâchement

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C 150.000 Dr. EL ARABI Redouane

PHARMACIE Date : 24/11/2019

Montant de la facture

44,00 164,00 PHARMACIE BUNIL

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des coefficients Montant détaillé des Honoraires

CACHEZ

MAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

PC IM IV



Dr. Redouane EL ARP®

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

PER:11/2021
LOT:9MA111

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V: 53DH10



6 118000 060833

Casablanca, le :

24.12.2019

الدار البيضاء، في:

ICAHWZ Nmedine

PPC : 55,00 DH

108,00

g D. Stein

16 mg.

55,00

Kintex Comp

16 mg

Narsec S 24,00
16 mg

No. Dolfe 20,00
16 mg

Relaxol

Dr. EL ARP Redouan
Médecine Générale
141, Lot. Haj Farel R.D.
N°2 El Oulifa - Casablanca
Tél : 022.93.23.09

PPV 24DH00

HARMACIE DU NIL
451, Bd. Oum-Rabii
Oulfa - Casablanca

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 03 09

Lotissement Haj Fateh Lot 141 - R.D.C -Appt. N° 2 - Casablanca - Tél. : 05 22 93 03 09

Lot:

DS06/19

DLC:

06/2022

P.P.C : 109,00 DH