

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

ND: 21144

Déclaration de Maladie : N° P19-0014101

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5954 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DI BOUNE EL MASTOFA Date de naissance : 26/02/1961

Adresse : Lat el Wafe Ann. N° 285 DEROUZ

Tél. : 06 66 22 30 56 Total des frais engagés : 415,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Dr. FOUISSI MOUNIA
Pédiatre
Av. de la Résistance 11/1 Nahda 1000
Bouira. Tel: 0522 51 42 10
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

Date de consultation : 13 FEV 2020

Nom et prénom du malade : Di Boune Bilal Age : 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Angine

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 : DEROUZ

Le : 06/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : Elka

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0014101

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 : 5954

Nom de l'adhérent(e) : DI BOUNE

Total des frais engagés : 415,30 Dhs

Date de dépôt : 26/02/2020

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
17/01/2017	CA	200,00 DT		FOUSSI MOUNTA Pédiatre El Wahda I.N. 98 0522 51 12 18 foussimounta@gmail.com 1987

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/20	215,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

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

RELEVE 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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

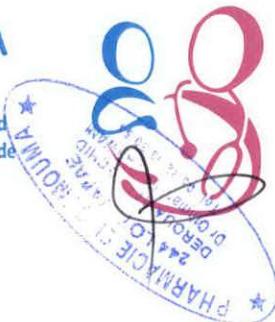
Dr. FOUSSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca

د. الفويسى مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال
حرر دالة كبار السن
والصيادة بالدار البيضاء

le : 21 Jan 2017
Nom :



Age :
Poids : 22 kg

Dibocene
40.00

Bilal.

1- Biomylax Sinop 2 cam x 31
12.80

III 5

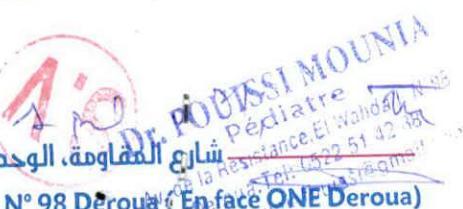
2- Dolip 300 5 18
1 2 suppo à alterner
22.50 chaque 4h.

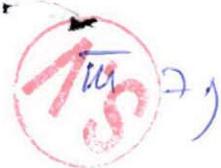
3- Bufen Sinop 2 cam + 31 18

4- Clarte 500 1 75
1 2 cam à m

5- Desin aqua 40 1 75
شارع المقاومة، الوحدة 98 ، الدروة 98

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafoussi@gmail.com



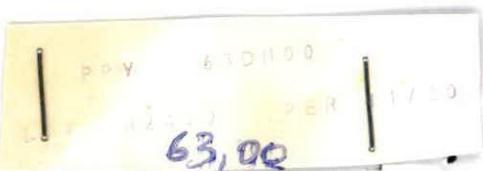
63,00 6-Saphir S'nos D'ouïe (2G) 131 i 131 (2G) 

De FOULISI MOUNIA
Pédiafate
Au dé 12 Resistante, El Wahda L N-96
Deraouia, Tel 0522 51 42 98
E-mail: mounia12resistance@gmail.com

215,30



LOT : 4638
UT-AV : 07 - 22
P.P.V : 47 DH 00



40,00

