

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



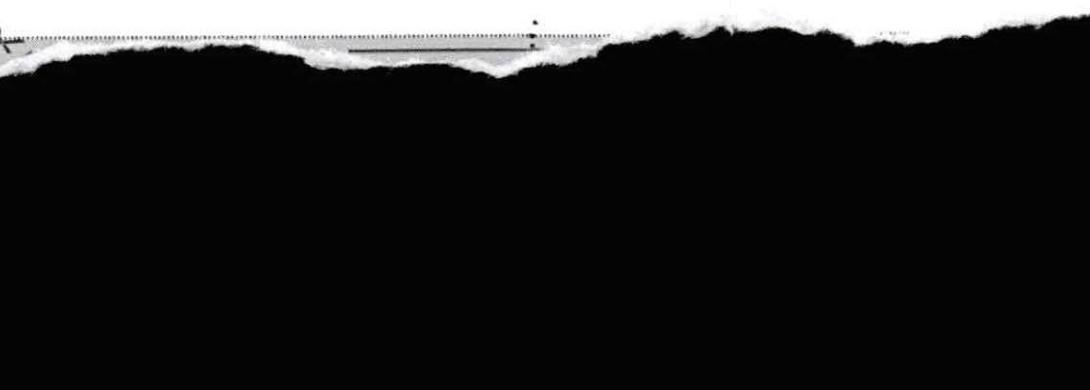
Déclaration de Maladie

N° W19-512881

N° 7912

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 07912		Société : R.A. dT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAKKAL YAHYA		Date de naissance : 21.12.63	
Adresse : lot Sidi Abdellah Rep 27 N° 19		Tél. 051016282 Total des frais engagés : 250 + 203 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. SAADI BEN BRAHIM Pediatre Allergologue Iram 6 GH 1 April 1014 Bordj El Oulfa Casablanca Tél. 05 22 20 83 32			
Date de consultation : 8.2.2020			
Nom et prénom du malade : BAKKAL YAHYA Age: 56			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Allergie			
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 : ACCUEIL			
Signature de l'adhérent(e) : le 20 FEV. 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
8230 CG			25000	INP : 091044167 SAAM 15 GR 05 2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ARMACIE SOUDAN Rue K. Oulfa - Casablanca 05 22 81 09 63 0500024600 92054428	08/02/2020	243,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
ODOF PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000																					
35533411																					
B																					
11433553																					
				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

Dr. SAADI Bouchra

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie
Bilans Allergologiques et
explorations respiratoires
Ancienne Pédiatre au CHU Averroès
et à l'hôpital Moulay Youssef



الدكتورة السعدي بشرى
اختصاصية في طب الطفل و الرضيع
وفي أمراض الحساسية
تحليلات الحساسية و التنفس
طبيبة سابقا بقسم الأطفال بمستشفى
ابن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le 8 - 1 - 20 الدار البيضاء، في

Bakkal yahya



243,00

Symbricat 100

100ml x 243,00

SYNTHEMEDIC O
22 rue Soubeir Ben Ali Aouan Rocher
Anfa Casablanca

SYMBICORI TURBUHALER

100ml par dose Edre par ml
Flacon de 120 doses

10314 DMP/21NPO P.P.V: 243,00 DH
6 118001 020928

Dr. SAADI Bouchra
Pédiatre Allergologue
Imm. 5 Gu - App. 10 - 1^{re} étage
El Firdaus El Oulfa Casablanca
Tél. 06 22 80 33 32

243,00

PHARMACIE SOUFLANE
Groupement 54 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tel. 05 12 89 09 63
C.I.E: 000500246000026

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الرياح و شارع المركب الإداري - عمارة 5 شقة 10 الطابق الثاني - الألفة - الدار البيضاء
Res. Al Firdaus Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32