

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° W19-524142

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
23/132			
Matricule : 9437	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ADGHOCHI DALILA		Date de naissance : 28/07/67	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : #516,02 H Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Dr LEKHESSASSI Souaad Pneumo - Phtisiologue 278, Bd. El Fida Place Bouchentouf Casablanca - Tel: 0522 83 66 66			
Date de consultation : 25 FEV 2020			
Nom et prénom du malade : ADGHOCHI DALILA Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bronchio Phtis			
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 : Casa	Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL 28/02/2020		

VOLET ADHÉRENT			
Déclaration de maladie			
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.			
MUPRAS N° W19-524142 Matricule : 9437 Nom de l'adhérent(e) : ADGHOCHI DALILA Total des frais engagés : #516,02 H Date de dépôt : 28/02/2020			
Coupon à conserver par l'adhérent(e).			

RELEVE 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
5 FEV 2020	6	2	25.000	INP : 091619361A Dr. LEKHASSASSI Souad Pneumo - Rhinologue 318, Bd. El Hadj Place Bouchentour Casablanca / Tel: 0522 23 66 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mamounia Dr. A. OUAZZANI 20 place Sidi Med Ben Yedder Casablanca Tél : 05 22 24 24 24	25/02/2020	266,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

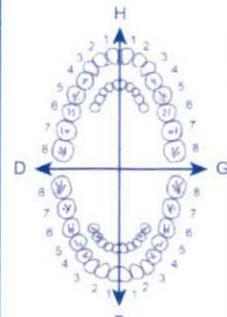
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

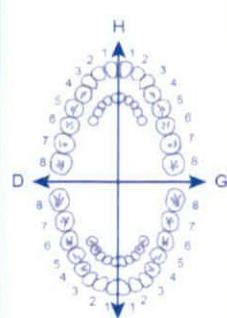
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				Montants des soins [REDACTED]
				Début d'exécution [REDACTED]
				Fin d'exécution [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				Montants des soins [REDACTED]
				Date du devis [REDACTED]
				Date de l'exécution [REDACTED]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25633412	21433582
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pneumo - Phtisiologue

- Maladies Respiratoires

LOT 181762 gie Respiratoire

EXP 08/2021

PPV 75.00 DH onchique

LOT 055598-FC14 Fonctionnelle Respiratoire

11/2022 PPC 59.50

ologie Respiratoire

Demande pour l'ornementale

PPV : 47.80

EXP :

Lot N°:



اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى

- الأمراض التنفسية

- الربو (الضيق) الحساسية التنفسية

- داء السل

- التنظير القصبي

- فحص الوظيفة التنفسية

الدبلوم الجامعي في الأمراض التنفسية

المهنية والبيئية

الدبلوم الجامعي في طب الشغل

Casablanca, le 2.5.FEV.2020 الدارالبيضاء في :

LOT 110002
PER 03/04
PPV: 93.70 DH

n° 706406H5 Rabat

831.70

- Rommack 300

24/50 pdr SV

47.80

- Darzam

24 X 3/ SV

59.50

- Errvudex

120 S X 3/ SV

75.00

- Kalex 5

18/50 ml pdr 1/2ml

Pharmacie Mamounia
Hend OUAZZANI
Dr. AGOUMI
20, Place Sidi Med Benhâdou
Casablanca | Tel : 05 22 24 56 42

ALKHESASSI Souâad
Pneumo - Phtisiologue
318, Bd. EL Fida, Place Bouchentouf
Casablanca | Tel: 05 22 83 66 66

05 22 83 66 66 شارع الفداء، ساحة بوشتووف الدارالبيضاء الهاتف 66

318, Bd. EL Fida, Place Bouchentouf - Casablanca. Tél. 05 22 83 66 66

INPE : 091093617

T: 266100