

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 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° P19- 0020912

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2932 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : AMEKIYA Mohamed Date de naissance : 15-04-1977 Cas
Adresse : 89 REG HAY EL AKH1 OULFA CASABLANCA
Tél. : 0664 662280 Total des frais engagés : 350,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Mohamed Amekiya Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète
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 : CASABLANCA

Le : 10/02/2020

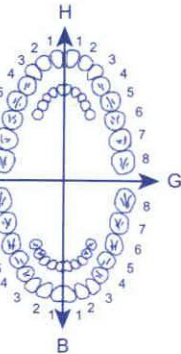
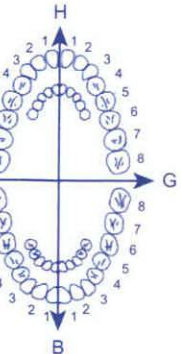
Signature de l'adhérent(e) :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/2/2014	1	1	25000	 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> DR. KHADIJA KHADIRI 02, Bd. El Ghazal 10000, Algérie - Casse Tel: 0522 90 11 11 </div>

[illegible][illegible][illegible]

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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<div>H</div> <table border="0"> <tr> <td align="right">25533412</td> <td align="left">21433552</td> </tr> <tr> <td align="right">00000000</td> <td align="left">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">D G</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="right">00000000</td> <td align="left">00000000</td> </tr> <tr> <td align="right">35533411</td> <td align="left">11433553</td> </tr> <tr> <td align="center">B</td> <td></td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D G														
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
	(Création, remont, adjonction)														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khadija RAJI

Spécialiste Des Maladies de la Peau
des Ongles et du Cuir Chevelu
Maladies Sexuellement Transmissibles
Médecine Esthétique

الدكتورة ربيع خديجة

اختصاصية في أمراض الجلد و الشعر و الأظافر
الأمراض التناسلية
طب التجميل

LOT : 5768
UT. AV : 10 - 22
P.P.V : 34 DH 70

ORDONNANCE

Nom & Prénom :

Amich, ap

Date :

10/2/20

36120

11.0000

1/ skimo selc sulal

36120

1.0012 cur

36120

Criles for

16160

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G
P.P.V : 16DH60
LOT : 39E001
PER:06 2021



11.0000

PHARMACIE OUED TANGIET
Aïta 1 - 1000 97 N°94 016
El Oued - (Algeria)
Tél : 05 22 90 18 07

3) locapred 0,1%

11.0000

10 j



17.40



Dermoval Vée (Frank)

1 ms 1a

PHARMACIE DUO TANGIT
Alla 1 Rte de l'Ind. 2014 Bis
El Guila - Casablanca
Tél: 05 22 60 18 07

Sfille

6 j
acc 1

104.90

Dr. RAJI Khadija
DERMATO - VENEROLOGIE
392, Bd Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 18 07