

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 Taki et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 38 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-510155
 02334 Chayfa

N° 26 299

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 02334			
Société : la			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : Nabil abdullah	
Nom & Prénom : Nabil abdullah			
Date de naissance : 09/01/1966			
Adresse : la			
Tél. : 0679987938 Total des frais engagés : 100 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : I. Abdellaziz Généraliste Spt N° Ville Errahma Dar Bouazza, Province Casablanca Date de consultation : 20/03/2010 Nom et prénom du malade : RACHIDA BOU LAZAFER Age : 1976 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : angio + drogu dépryl 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 : ERRAHMA

Le : 20/03/2010

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-510155
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).	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/03/20	C	1	100 DH	INP : 06433542 Dr DEHIBI Ameur Médecin Généraliste Lot 66, RDC, App N° 1, Ville Errahma Municipalité Dar Bouazza, Province de Nouaceur - Casablanca Tél. 06 52 12 64 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Abdellahim Dr. BENSLIMANE Mohammed Résidence Al Amal Imm. 7 N° 4 Errahma Dar Bouazza - Casablanca Tél 05 22 65 85 70	07/04/20 3.3	411.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				1111111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DENTERIE MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	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

Docteur DEHBI Abdelaziz

Ex. Medecin Chef de Circonscriptions
Sanitaires et Centres de santé
Medecine Générale

الدكتور الذهبي عبد العزيز
طبيب رئيسي سابق للدراين
ومراكز صحية
الطب العام

Boumaza 3afha
Casablanca, le : 20/03/2020.
الدار البيضاء، في :
Ra'dida.

- ~~Allas 1g
3 ml x 3 / 1, x P,~~
- ~~Doliprane 1000
3 ml x 3 / 1~~
- ~~Mepal 15 - g.
2 ml / 1~~
- ~~Oeds 10 - g.
1 gel / 1~~
- ~~Relax 300
1 gel / 1~~

Lot 66 - R.D.C - Appart N° 1
Ville ERRAHMA
Municipalité Dar Bouazza
Province de Nouaceur - Casablanca

Dr DEHBI Abdelaziz
Medecin Généraliste
Lot 66, RDC, Appart N° 1, Ville Errahma
Municipalité Dar Bouazza, Province d'
Nouaceur - Casablanca
Tél : 06 52 12 54 94

عمارة رقم 66 ، الطابق السفلي
شقة رقم 1 ، مدينة الرحمة
بلدية دار بوعزة
إقليم النواصر - الدار البيضاء

الهاتف : Tél.: 06 52 12 54 94

PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7
Ikamat Al Amal, Errahma,
Casablanca.
Téléphone : 0522.65.85.70
Patente N° :



FACTURE

Facturé à :

Nadif ABDELHAKIM

Date :

07/04/20
852

N° Facture :

Pour : Achat de médicaments

Désignation

Quantité Prix unitaire Prix Total

A clav 1g	1	132,00	132,00
Doliprane 1g	1	14,00	14,00
Refosal 1000	1	79,00	79,00
Oedex 300	1	3,00	3,00
Relax 300	2	7,00	14,00

Total

50 411,00 411,00



ACLA 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 16 sachets



6 118000 091769



6 118000 081982



6 118001 100088