

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W19-491266

ND: 28141

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 53 01	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MME NEBBATE NAJAT			
Date de naissance : 30 - 06 - 59			
Adresse : FADAAT MOHIT TM 25 APP7 DAR BouAZAA			
Tél. : 0665 11 08 91	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Hôpital Universitaire International Cheikh Khélifa Pr. ASS. KAIKANI WAFAA ONCOLOGIE MEDICALE			
Date de consultation : 08/05/2011			
Nom et prénom du malade : Najat Nebbat			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Anélogie Médicale			
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 : _____ **Le :** _____ / _____ / _____
Signature de l'adhérent(e) : _____

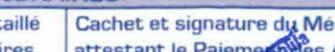
VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-491266

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 : _____
 Nom de l'adhérent(e) : _____
 Total des frais engagés : _____
 Date de dépôt : _____

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
08/05/2020	S			INP : <input type="text"/> Universitaire Ibn Rochd Casablanca Pr Ass. KANKAN WAFA ONCOLOGIE MEDICALE 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MULAYA ZEKRI Abdellati Docteur en Pharmacie 221, Bd Oued Moutouya - BP Oula Tunisie Tel : 65 22 90 51 13	08/05/20	4.12.50

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 HONORAIRE																
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		INP : <input type="checkbox"/>														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553
H																
D	G															
B																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 08/05/2020

ن. نبرات NATAT

46.90

→ Aeti carbone cp
1cp a 31frs pdt 10frs



~~PHARMACIE DE LA MELA
ZEKRI Abdellatif
Docteur el Hafnia
22 Bd Oulex Moulaya, 28000
Casablanca - Tel : 22 52 30 51 r3~~

92.60 → INEXIUM 20mg cp



1cp 1f pdt 10frs



49.80 → Flagyl 500 cp

1cp a 31f pdt 10frs



52.60 → MECTA 3G sachet

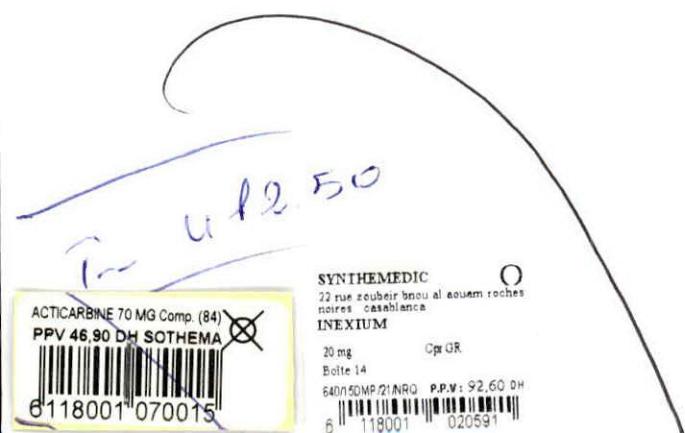
1 sachet x 2.1frs pdt 10frs



30.00
 → RHTI NATHOL 12.5 ml 71. - Syrup
 100g + 31g pdt de jn
 21.00x2
 → Lipitor cp S N° 3
 1cp a 31frs pdt de jn

~~PHARMACIE DE LA WILAYA~~
 ZEKKA Abdellah
 Docteur en Pharmacie
 222, Bd. Oued Moulaya - Casablanca - Tel: 06 22 90 51 13

28.80
 → NGO fortan Siboway
 1cp a 21f pdt de jn



PER : 04/2024
 LOT : 9MA167
 FLAGYL 500 mg
 CP PEL B20
 P.P.V : 40DH00

6 118000 060062

LOT : 9MA605
 PER : 03/2022
 SMECTA 3G
 SACHETS B30
 P.P.V : 52DH40
 6 118000 011460

LOT : 19E002
 PER : 09/2022
 RHINATHOL 5% AD
 SIROP FL 125 ML X
 P.P.V : 300DH00
 6 118000 061427

LOT 19091 PER : 07/2022
 P.P.V : 21.00 DH

LOT : 19162 PER : 12/2022
 P.P.V : 21.00 DH

NEOFOR... 160 mg
 P.P.V : 99DH80
 EXP : 11/2022
 LOT : 90044 3