

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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° W19-416412

54639

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 805

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Soubaa Lohra

Date de naissance : 19/1/66

Adresse :

Résidence le Printemps 25 Rue Michel

Anger - Casa

Tél. : 0661329393

Total des frais engagés : 692,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/02/2020

Nom et prénom du malade : Lohra Soubaa

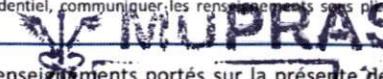
Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pulmonaire + HTA

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 : 17 JAN 2021

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-416412

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).

J'me soubaa

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
15.02 20.02	CS 12-10		2000	INP : 091081041

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES IRISSES Dr. LEMSEIFFER Malak 164, Boulevard d'Anfa (ex Rue Molière)	19/02/2020	392,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
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

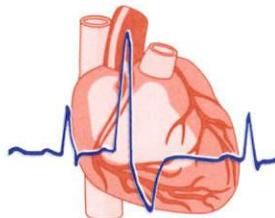
Dr. Abdellatif LAKHASSI

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier

Membre de la Société Française
de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف الخصافي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بمونبولي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب

رئيس قسم أمراض القلب سابقاً

بمصحات الضمان الاجتماعي

Casablanca, le ١٩.٠٢.٢٠٢٠ الدار البيضاء، في

مجمع سندس 2001

BN

PPV: 42DH60

PER: 11/22

LOT: 12540



09366128/3

42.60 ١١ Moltie 7,5

٦٣٢

98,90

58.50 ٢٣ ٢١ Am en 10

٦٤

LOT N°: ١٢٧٦٠٦٦٩

UTAV : ٠١ ٢٢

PPV.

٩٨ ٩٥

52.80 ٣١ kelum

PHARMACIE LES
DR. LEMSEEFER Ma.
164, Boulevard d'Anfa
(Angle Rue Molière)
Tél.: ٠٥ ٢٢ ٣٦ ٢٤ ٧٩

392,10

دكتور عبد اللطيف الخصافي
Dr. LAKHASSI Abdellatif
Cardiologiste
33, Boulevard Abdellatif Ben Kaddour
Tél.: ٠٥ ٢٢ ٩٤ ٠٦ ٦٠

33 شارع عبد اللطيف بن قدور - إقامة بيلا فيستا II - شقة 4 - الطابق 2 - الدار البيضاء

33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour - Rés. Bella Vista II - Appt. N° 4 - 2^{ème} Etage - Casa

GSM : 06 61 14 48 64 - المحمول : TEL.: 05 22 94 06 06 - الفاكس : FAX : 05 22 94 00 60