

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Alil Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alil 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° W21-604082

60156

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12509		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENZAKI ALAE
Nom & Prénom : BENZAKI ALAE			
Date de naissance : 05/03/1986			
Adresse : lotissement Yasmine 2 Residence Pol 3 Apt 2 Casablanca			
Tél. : 0673 572938		Total des frais engagés : 263,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Amal DAMIR			
طبيب أمال دامير			
Pédiatre			
طبيب الأطفال			
Date de consultation : 05/22/2021			
Nom et prénom du malade : BENZAKI NEUR			
Age: 30			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affectueur			
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 : 14/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LUXE</i> Tél: 05 22 80 35 35	14/11/1981	63,70

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet Dr. Amal DAMIR

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

14.01.2021

الخصوصية في أمراض

الخطب والأطهاف

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأصل أرض الديوه الخصبة

Nourrisson BENZAKI Nour Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

18.50

Age : 8 mois 17 jours

Poids : 9,90 Kg

1 - HISTAMINUM 15CH Gran T

3 granules le matin et le soir à dissoudre dans un peu d'eau pdt 1 mois

2 - LIPIKAR BAUME AP+M

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 1 mois.

3 - LIPIKAR SYNDET GEL NETTOYANT

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20
LOT : 20E016
PER..04 2023

pour la toilette

45.264 *Mycoctena cnic*
1 opp 2 1/2 Pdt 19 June
63.75

PHARMACIE LUXEMBOURG
Lamia 1515
94, lot Yasmine
Tel. 05 24 33 30 15 (A)

المرجو احترام وصفة طبيكم

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddiouï N°497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع ابو بكر القادرى تجزئة الحديوى الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : damiramal25@hotmail.com - الماتف : 06 61 09 74 40 - GSM : 05 22 33 57 20 - Tél. : 05 22 33 57 20 -