

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïdal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïdal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 13 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-586149

60487

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7649		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : BoulBLAH RACHID			
Date de naissance :			
Adresse : 301:43 APT 4 Coifa 4 oufia cesa			
Tél. : 06 6878 32 99		Total des frais engagés : 250,00 + 87,30 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Docteur Khalil MSAÏF PÉDIATRE Bd. Ibn Tachfine, Rés Assalam MB G 104 N° 3 (RDC) - Casablanca Tél : 05 22 60 37 15			
Date de consultation : 23/01/2021			
Nom et prénom du malade : BoulBLAH RACHID Age : 10			
Lien de parenté : Père Nom : Mohamed Conjoint			
Nature de la maladie : Diabète Enfant			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 18 FEV 2021			
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.			
ACCUEIL			

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/02/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23/01/2021	CS	2	2518.00	INP : 09140511288 Docteur Khalid PEDIATRE Assalam ad. Ibn Tachfin 3 (OC) - Casablanca 06.22.60.37.15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA GARE</i> Tél: 05 22 91 17 31 - Fax: 05 22 91 56 61	23/01/2021	89,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS E~~H~~ONORAIRES

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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalil MSAYIF

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Puériculture - Urgences
Réanimation Néo-natale
Diplômé de la faculté de St Etienne
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France



الدكتور خليل مصطفى

إخصاصي في أمراض الأطفال والرضع
إنعاش الربيع - المستعجلات
خريج كلية الطب بسانتيتيلان
طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية

Nom & Prénom :

Bar 1 B74 Lmt Richard ^{Ca}

~~Casablanca, le~~

231.07.12.21.

Poids :

Age :

6 - ^{87β} DERMOFix   zapp el fix 22 1M



Cabinet de Pédiatrie

Bd. Ibn Tachfine, Résidence ASSALAM - IMB G 104 N° : 3 (RDC) - CASABLANCA
Tél. : 05 22.60.37.15 Urgences : 06 61.26.14.25