

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 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° W19-591505

63784

CA

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8912

Société :

R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHARIFI DRISS

Date de naissance :

Adresse :

Même adresse

Tél. :

0674730200

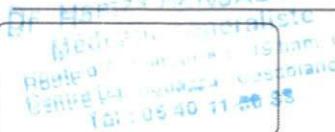
Total des frais engagés :

476,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

10/03/2011
Charifi Driess

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

dysalgie

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 : 17/03/2011

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-591505

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 : 8912

Nom de l'adhérent(e) : M. Charifi

Total des frais engagés : 476,30

Date de dépôt : 18/03/2011

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
16/03/2021			2000 M	INP : <input type="text"/> Dr. RAKLAT - Dentiste - Casablanca Dr. Bouazza - Dentiste - Casablanca Tél: 05 22 33 00 92

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE D'ADIB Dr. RAKLAT - Km. 20 - Route d'Almou Dar Bouazza - Casablanca Tél: 05 22 33 00 92	16/03/21	276,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
Determination du Coefficient Masticatoire																
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	11433553														
B	35533411															
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr Hamza BENJABBOUR

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ex. Médecin à l'hôpital El Hassani
et au service des urgences

Médecine Générale Echographie - ECG

Casablanca, le

16/03/2021

الدكتور حمزة بنجبور
خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابق بمستشفى الحسني
وقسم المستعجلات بالألفة



الطب العام

الشخص بالصدى - تخطيط القلب
الدار البيضاء، في

LOT: 5610
PER: 10/21
PPU: 100,10 DH

PHARMACIE EL ADIB
DR. RKALAK Km. 20, route d'Azzemour
Dar Bouazza, Casablanca
Tél: 05 22 33 00 92

LOT 201172
EKP 04/2023
PPV 75.00DH

DULASTAN® 500 mg/2 mg
Boîte de 100 comprimés
دولاستان 500 mg/2 mg
علبة 100 قرص

37,00

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH):

34,70

PHARMACIE EL ADIB
DR. RKALAK Km. 20, route d'Azzemour
Dar Bouazza, Casablanca
Tél: 05 22 33 00 92

طريق أزemmour، 20، برج «س»، مركز دار بوعزة، الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 29 24 23
Route d'Azzemour Km 19, Immeuble C Centre Dar Bouazza, Casablanca - Tél.: 05 22 29 24 23

