

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

- Reclamation : 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° W19-589687

64904 CA

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 021088

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ARIFI Mohamed

Date de naissance :

1-1-1931

Adresse :

Bloc APPT 5 angle 11 casas

Tél. :

0677561931

Total des frais engagés :

Dhs

Dr. Leila TAZI-DAOUDI

Allergologue

Imm. le Cholysée 30 Bd. Ain Taoujat Bourgogne
Casablanca - Tél.: 05 22 27 40 11

Cachet du médecin :

TAZI.

Date de consultation :

12/03/2021

Nom et prénom du malade :

Mr Mohamed ARIFI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

PRURIT

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 :

021088

Le : 1/1/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ARIFI

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-589687

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 :

021088

Nom de l'adhérent(e) :

ARIFI

Total des frais engagés :

90,00

Date de dépôt :

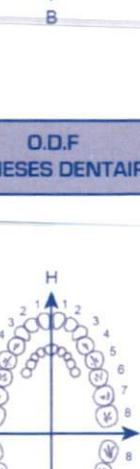
021088 + 300

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
12.03.21	Contrôle		Gratuit	INP : 001121123456789 TAXI Centre de Colyseé 30000 Casablanca Signature : 

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

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 (Rows for selecting treated teeth)	Nature des Soins (Rows for selecting type of treatment)	Coefficient (Rows for selecting coefficient)	INP : <input type="text"/>					
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="text"/> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									

• Diplômée de l'Université Paris 5
Ancienne Attachée en Allergologie
des Hôpitaux de Paris

• Membre de la Société Française d'Allergologie
• Maladies allergiques de l'adulte et de l'enfant



اختصاصية في أمراض الحساسية
للكبار والأطفال

12.03.2021

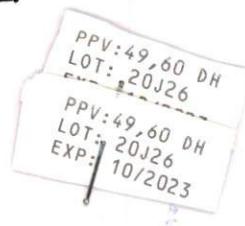
H² Mohammed ARIFI



49,60 x 2

D-Cure forte

raempoule 115j pendant
3 mois



99,20



Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

Immeuble le Colysée, 30 Bd Ain Taoujtate Bourgogne
(à proximité de la clinique Badr) - Casablanca
Tél: 05 22 27 40 11 - Fax: 05 22 47 38 72

Leïla