

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

- 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.

Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Tél : 05 37 43 43 43 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0015667

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 35005 Société : RAM 64576
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : Rachida MARIJAWY
 Date de naissance :
 Adresse : beside El Bouda imc CAPTE
 YACCOUB EL mansour -
 Tél. : 0681634822 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MARIJAWY Rachida Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
22-MAR-2021	S		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/03/2021.	492,10.

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

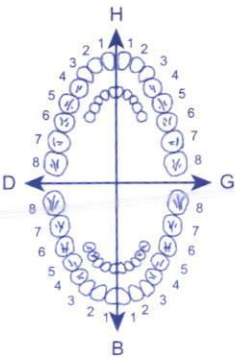
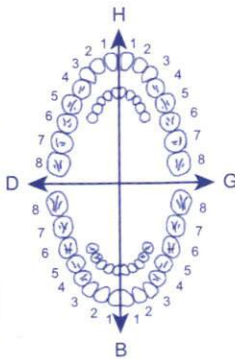
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
							FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE						
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div>G</div></div><div><div>25533412</div><div>21433552</div></div><div><div>00000000</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>00000000</div></div><div><div>35533411</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div>						
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>						
				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

DOCTEUR ZNIBER ABDELILAH

Gynécologue - Accoucheur
Ancien Maître Assistant

Stérilité - Senologie - Echographie
Chirurgie Gynécologique

Casablanca le, 22/03/2021

Mme MARJANY Rachida

59,30

BRÉXIN 20

1 comprimé par jour, après le repas de midi, pendant 10 jours

39,70

FUCIDINE

1 application, 3 fois par jour

97,00

VITEA D3

5 gouttes à midi, au milieu du repas

157,10

NOLIP

1 comprimé le soir

139,00

INESO 20MG

1 gélule le matin, avant le repas, pendant 1 mois

498,10

الدكتور زنبر عبد الإله
التخصص في أمراض النساء و الولادة
أمراض النساء
13 زنقة ناف شاطو الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 26 44 21 - 05 22 26 44 21

صيدلية نرجيس
PHARMACIE NARJIS
141, Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 0522 25 00 74/0522 99 39 86

