

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 ayant 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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'Horloger - Casablanca 20000 - Tél. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

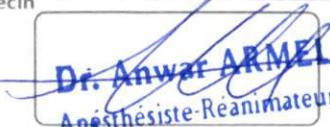


Déclaration de Maladie

N° W21-608042

67872

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11109</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>JABBAR YOUNES</u>			
Date de naissance : <u>09-06-1973</u>			
Adresse : <u>Rue 25 N° 21 Apt 27 Rayan - Hay Houssein</u>			
Tél. : <u>0661 57 11 78</u>		Total des frais engagés : <u>491</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>19/03/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>l'enfant JABBAR Rayan</u> Age : <u>10ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Toux + Rhinite</u>			
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 : CAJY

Signature de l'adhérent(e) :


ACCUEIL

VOLET ADHERENT

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
19/03/2021		L-GWAL	INP : <input type="text"/>	Dr. Anwar ARMEL Anesthésiste Réanimateur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAZOUZ N° 51 Rue 4 Mazouz Hay Hassani - Casablanca Tél : 022.00.26.28	19.03.2021	PHARMACIE N° 51 Rue 4 Mazouz Hay Hassani - Casablanca Tél : 022.00.26.28

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES	Traitées	Coef. des travaux	Coef. des travaux															
			MONTANTS DES SOINS															
			DEBUT D'EXECUTION															
			FIN D'EXECUTION															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
			MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G	00000000		B				
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
G	00000000																	
B																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession</p>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



Casablanca le : 19/03/2021

l'enfant JABBAR Rayan
190,00 x 2



1 / Aeromax Nus 84 c.
90,00 2 pulvérisations 3 fois/j (2 Bantes)



2 / Xyzall 5 mg
1cp le soir



3 / Febrex Sache.

1 Sache x 3/j



~~Dr. Anwar ARMEE
Anesthésiste Réanimateur~~



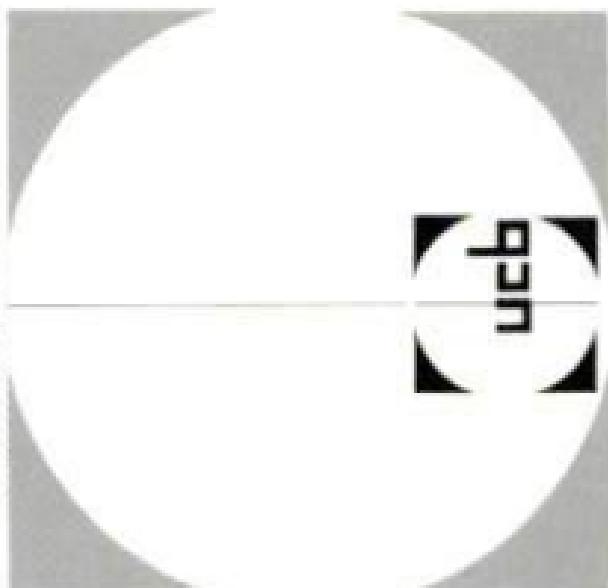
LOT 192542 1

EXP 11 2023

PPV 9050 50

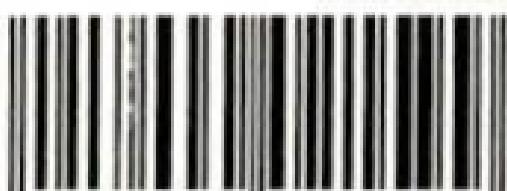
Xyzall 5 mg

Déshabitate de l'antihistaminique



Xyzall 5 mg
28 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



6 118000 021599

FFBR-X®



Enfant

- Rhume
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques



Voie Orale

PHARMED LOT : 3640
UT.AV:09-23
PPV:19DH00