

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.

N° W19-560214

69080

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
9113	R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
EZZAHAF YOUSSEF			
Date de naissance :			
le 22 Février 1966			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Nadia BOUKHOUMA Bld 601, N° 664 Derb EL Warda Hay Hassani - Casablanca Tél : 05 22 20 45 45			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
04/04/2021			
Nom et prénom du malade :			
Yasmine EZZAHAF 204			
Age :			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
l'acne Athérose Régime			
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			
Signature de l'adhérent(e) :			
Le : 12/04/2021			

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-560214

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
04/08/21 G	1	150,00	Dr. Nadia BOUKHOURA Bicc. 001, N° 664 - Derb El Warda Bouassani - Casablanca Date : 22/08/2021	0914037655

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيادلة سيبة شرم PHARMACIE SKIBA SARL AU Dr. en Pharmacie 98, Av Oued Eddahab, Jamila V. Tel 0522 37 32 33 Casablanca E-105	04/02/21	368,66

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

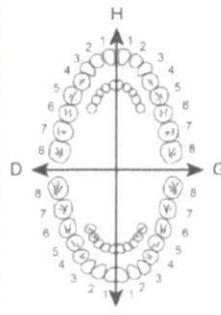
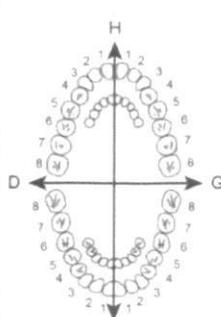
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr Nadia BOUKHOUIMA

OMNIPRATICIENNE
ENFANTS-FEMMES-HOMMES
DIPLÔMEE EN ECHOGRAPHIE
Membre de l'association Marocaine des
Echographistes (A.M.Echo)



الدكتورة نادية يو خويمة

طب عام

أطفال - نساء - رجال
دبلوم في الإيكوغرافيا
عضو الجمعية المغربية
للفاخصين بالصدري

Casablanca le

04 FEV. 2021

الدار البيضاء

FERYL
LOT : 153115N
DLUO : 02/2023
PPC : 89.90 DH
PHARMA CONNECT

FERYL
LOT : 153115A
DLUO : 02/2023
PPC : 89.90 DH
PHARMA CONNECT

Mell

ELZAHAF

Yasmine

11 -

Feryl

$\sigma_1 \sim \sigma$

x 2 mois
(Ays)

84, 21-

58.40

33.00

33.00

2340

AERIC-PHAR
LOT EXP
19C083 11/2022
PPV : 22DH40

COOPER PHARMA

PPC : 75.00 DH

7600

Nom E

Das 1semaue. + 0120⁵⁵E

368,65

✓

368, 6⁵ 1st floor 1/2 floor - - - \$
61 Tady Jemaa 0-0-100x1m x 2m
 664, Bloc 601 - Derb El Warda Hay Hassani Casablanca
+212 5 22 93 43 03 501 Tel: 664 درب الوردة الحي الحسني الدار البيضاء