

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-593632

70825

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10216 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DAHI RACHID

Date de naissance : 18/12/1966

Adresse : 29 RUE IBRAHIM MESKINE CASA

Tél. : 0613996404 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL ALAOU MHAMDY
Moulay Youssef
Médecine Générale
16, Rue Salé (A.M) Casablanca
Tél/Fax : 0522 47 56 94

Date de consultation : 05/05/2021

Nom et prénom du malade : Dahi Rachid Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 le : 12/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-593632

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 : 10216

Nom de l'adhérent(e) : DAHI

Total des frais engagés : 200 + 183,80

Date de dépôt :



$$\frac{05}{05} = 1$$

Docteur EL ALAQUI MHAMDY
Moulay Youssef
Medecine Generale
15 Rue Sale (A.M) Casablanca
Tel / Fax : 0522 475694

Cahier du Pharmacien
 ou du Fournisseur

Sté PHARMACE LOUBLA
 Dr. G. Boudry Ep. Alemi
 18, Rue P. Courbet Ep. Lomé
 Tél. 05 22 26 01 16 - Cotonou

183, 80

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

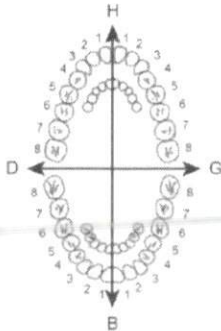
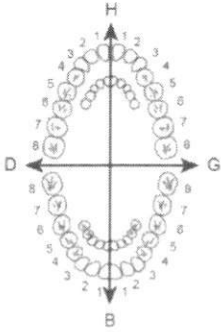
[illegible]

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
					COEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																													
	<table><tr><th colspan="2">H</th><th></th><th colspan="2">G</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><th colspan="2">B</th><th></th><th colspan="2"></th></tr></table>			H				G		25533412	21433552		00000000		00000000	00000000				00000000	00000000				35533411	11433553				B					MONTANTS DES SOINS
	H			G																															
	25533412	21433552		00000000																															
	00000000	00000000																																	
	00000000	00000000																																	
	35533411	11433553																																	
	B																																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																		
						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 El Alaoui Mhamdy Youssef

Médecine Générale

16, Rue Salé (en Face Jamaâ Chleuh)

Ancienne Médina - Casablanca

Tél. / Fax : 05 22 47 56 94

E-mail : ymhamdy@gmail.com



الدكتور العلوي المحمدي يوسف

الطب العام

16، زقة سلا (أمام جامع الشلوح)

المدينة القديمة - الدار البيضاء

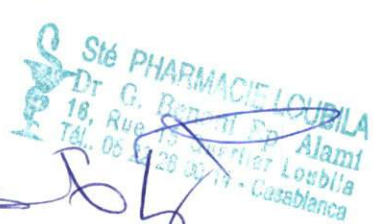
الهاتف / الفاكس : 05 22 47 56 94

Casablanca, Le : - 5 MAI 2021 : الدار البيضاء، في :

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



44.80

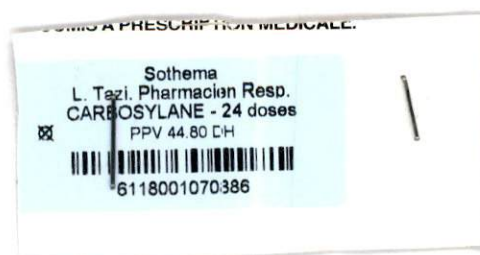
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



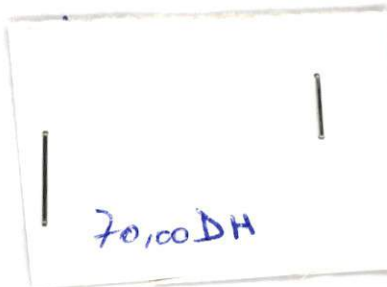
44.80

[Handwritten signature]



29.00

[Handwritten signature]



29.00

[Handwritten signature]



Docteur EL ALAOUY MHAMDY
Mouhamady Youssef
Médecin Généraliste
16, Rue Salé (A.M) Casablanca
Tel / Fax : 05 22 47 56 94

LOT

203039 1

EXP

12 2022

PPV

40.00

40.00DH