

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 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.

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° W19-597696

73915

(A)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12735

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RIMAOUI AMAL

Date de naissance :

25/06/91

Adresse :

REN MER THOUSE VILLAGE DAR
BEN AZZA - CASA

Tél. :

066.881.666

Total des frais engagés :

409,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KARAOUI Bouchra
Gynécologue Obstétricienne
Rue 22 Bd. Darat El Khayam
Casablanca - Maroc
Tél. 0522 567666
Fax: 0522 567666

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 piconfidentiel 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/06/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-597696

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 : 12735

Nom de l'adhérent(e) : RIMAOUI

Total des frais engagés : 409,40

Date de dépôt : 07/06/2021

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
25/03/21	CD		C	INP : 05/04/2021 KANAKU BOUTEFSI Signature électronique du 05/04/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BIDDA D.R. Résidence E2 - DAR BIDDA Imm. E2 - 05/05/2013 Tél: 092104625 N°PE: 092104625	28/3/2013	109.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

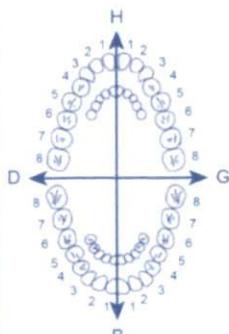
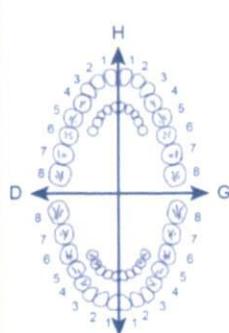
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <input type="text"/>																				
					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																							
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			H		G		D	00000000	00000000	G			35533411 11433553				25533412 21433552				00000000 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																							
D	00000000	00000000	G																						
		35533411 11433553																							
		25533412 21433552																							
		00000000 00000000																							
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				



Clinique
les papillons

مصحة الغراسات

Casablanca le 26/03/24
الدار البيضاء في

T Remarq A1

11.00 + 2
Gantel 15



361.00 1x31
Novel 26



③ 01.05 60

32.00 1x21
émaux



T 109.00 2x3

Dr. Bouchi
Gynécologue
22, Bd. Omar El Khayam - Casablanca
Tél: 0522 36 69 00 - Casablanca

