

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.

Biologie 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.

Education :

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

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



74741 CD

Déclaration de Maladie : N° P19-0022903

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 151161

Société : RRAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRASSI Zoubir Date de naissance : 29/06/1974

Adresse : 193 BIS Angle RTE LC JADIDA et Rue MAROC

Tél. : 0663129921 Total des frais engagés : 102270 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur GRAR Karima
Gynécologue - Obstétricienne
Evasion Office, Bd Teddart, Angle
Bd. Elhachmi Filali et Rue 2 Lot
El Othmania, 3ème Etage, Casa
Tél: 0522 44 71 99 / 0522 44 72 00

Date de consultation : 17/02/2021

Nom et prénom du malade : DRASSI Zoubir

Age : 47 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Arthrose*

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'exhaustivité 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

Le : 27/04/2021

Signature de l'adhérent(e) : *Zoubir DRASSI*



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0022903

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
17/02/2021	S		300	Docteur GRIL KATMA Gynécologue Baston 100-102, Bd Taddeït, Angle Inachid Flali et Rue 2 Lot Mania 3ème Etage, Casablanca 17/02/2021 05:22:44 7205
	CO			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE LAK Haj Nassar en Pharmacie 7 Sehou - El Oued 25 22 90 53 45 PLANCA 1468000003	28/04/21	720,85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

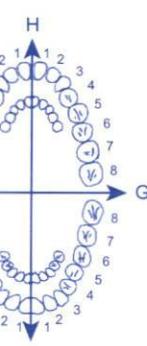
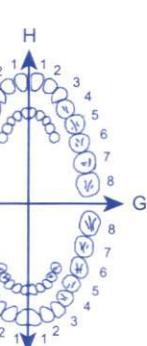
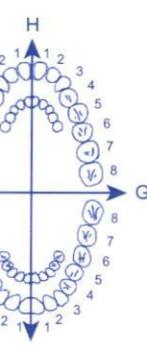
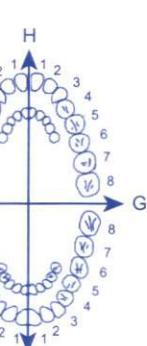
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

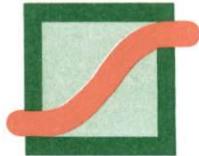
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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



مَرْسَدَةُ دَارُ السَّلَامِ

CLINIQUE DAR SALAM

Dr. GRAR Karima
Gynécologue - Obstétricienne
Evasion Office, Bd Taddart, Angle
Bd. Elhachmi Filali et Rue 2 Lot
El Othmania, 3ème Etage, Casa
tel: 0522 44 71 99 / 0522 44 72 24

Dr. DRAR
Zineb

87,0
1) Pediatre
necesario

31,0
2) Pediatre
necesario

1 h,0
3) Pediatre
necesario

132,0
x 4
4) Nourrisson
necesario

60,0
5) Pediatre
necesario

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
65 Av. Oued Sebou - El Oule
Tel / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
Tél : 001541463000057

Dr. GRAR Karima
Gynécologue - Obstétricienne
Evasion Office, Bd Taddart, Angle
Bd. Elhachmi Filali et Rue 2 Lot
El Othmania, 3ème Etage, Casa
tel: 0522 44 71 99 / 0522 44 72 00

URGENCES 24/24 EXCLUSIVES

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tel : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

← 31,80

← 132,00

← 132,00

← 132,00

← 132,00

PPV: 87DH00
PER: 01-22
LOT: J011



PPV: 14DH00
PER: 12/23
LOT: J3460