

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

MD N° W19-469110

74600

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 07516 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HOUICINI HASSAN

Date de naissance : 01/01/1862

Adresse : 64 Rue Provins. Et. D7-N° 13 Bélvédère Casablanca

Tél. : 0612 64 34 64 Total des frais engagés : DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/16/2021

Nom et prénom du malade : BOUNCHAKA RA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Défunte

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 : 02/06/21

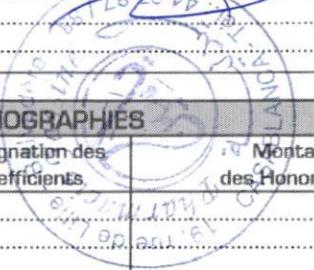
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2/6/2021	C	+ # 350,-		INP : <input type="text"/> DOCTEUR N. M. RAIN PROFESSIONNEL ENERLOGUE IERMATOLOGIE-GENEROLOGIE 882 Bd Abderrahmane 0522862525 / 0522862525

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/6/2021	697.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

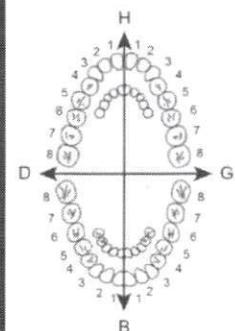
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2/6/2021		

AUXILIAIRES MEDICAUX

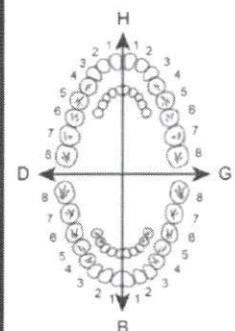
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Professeur Fatna NEJJAM

Ex. enseignante à la faculté
de médecine de Casablanca

DERMATOLOGUE - MEDECINE ESTHETIQUE
LASER - PUVATHERAPIE

الدكتورة نجاء فاطنة

أستاذة سابقا بكلية
الطب الدار البيضاء

إختصاصية في الأمراض الجلدية والجميل

Casablanca, le : 02/6/2021

N^o 800 CIT KARZA Jan 1e
65,20 x 5
101 Zytotec (S)
1ep le dr 1 mois
1ep 1dr-12 x 1 mois
2 jrs 1 sem x 4 mois (S)
225,40 (S)
2/ Extreme tolérance Ave 1e
610 10ff 15 → visage
197,50 (S) Ave e-50 MINERAL
3/ Kerat. Spleen-e 2- 4 jrs 15 → visage.
Docteur NEJJAM Professeur
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE
293, Bd. Abdelloumen (Angle Bd. Anoual) 2ème étage - N°2 - Casablanca
Tel: 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27 - E-mail : docteur.nejjam@gmail.com



63,20



63,20



63,20



63,20



63,20