

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diologie 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.

Éducation :

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50034 Société : 75371

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H JIZAT

AMINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

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 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

HJ

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-573296

pas de BB

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 50031

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H. KAT AMINA

Date de naissance : 18/03/1956

Adresse :

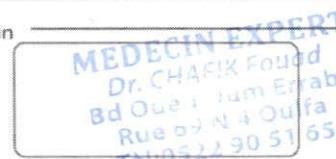
Tél. : 0661 597917

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/21

Nom et prénom du malade : H. KAT AMINA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Matete + engorgé

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-573296

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
19/04/2021	9		200 DH	INP : <input type="text"/>  MEDICAL EXPERT DR. Amin Soudi Dr. Amin Soudi 051 65

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie FERDINAND Dr. KIDR ANDREJOUNI Centre Ville 4 Rue 123 N° 14 Télé: 05 22 93 32 35</i>	<i>19/04/21</i>	<i>415,80</i>

ANALYSES - RADIographies				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients		Montant des Honoraires
LASORATOIRE 109, Bd. Omer Tunisie Tél. 63-562.39.32	29/4/81	B: ENJELOUN am Beausjour	32.94/53	280 DH

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

VIOLET 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OOOF.						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>				
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
		MONTANTS DES SOINS				
		DÉBUT D'EXÉCUTION				
		FIN D'EXÉCUTION				
		O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 26533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
				MONTANTS DES SOINS		
				DATE DU DEVIS		
				DATE DE L'EXÉCUTION		
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession		

EXPERT ASSERMENTÉ PRÈS LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PRÉVENTION ET DÉPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE
ÉCHOGRAPHIE

خبرير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 19/04/91

HJIRAT ANNA

150.40

- Vaginale 20 gr
CV x 2



89.00

- Bofar 1g
CV 5 g le flacon



Pharmacie FERRARA
Dr. KADIR Abdalmounim
Hay Oulfa Milia 4 Rue 123 N°142
Tél/Fax: 05 22 93 32 55

87.40

- Antix 15 mg (60)



89.00

- Triamcin 10 mg

CV 5 ml



T = 445.80

Pharmacie FERRARA
Dr. KADIR Abdalmounim

MEDECIN EXPERT
Dr. CHAFIK Fouad
Bd. Oued Errabii
Rue 69 N°4 - 1^{er} étage - Hay Oulfa
Tél: 05 22 90 51 65

شارع واد أم الريبيع - زنقة 69 - رقم 4 الطابق الأول - جماعة الدار الشطرنج - الهاتف : 05 22 90 51 65
Bd. Oued Errabii - Rue 69 N°4 - 1^{er} étage - Hay Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 90 51 65

150,40

VASTARES 55 mg
Dichlorhydrate de triméthiazidine
60 Comprimés pelliculés

6 118000 100218

89,00

DIAMICRON 30 mg
60 comprimés à libération modifiée

6 118000 100089

87,40

ARTYX®
DCI : Méloxicam 15 mg
20 comprimés sécables

6 118000 340782