

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

80684

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0262

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : BENABDE ABDELKADER

Date de naissance : 1/1/1938

Adresse : BOUABID HAY RAHA CASA 48 IMPASSE BD ABDELLAH

Tél. 070 95 78 47 Total des frais engagés : 338,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR Yahya LEMSEFFER
8, Rue Oussama Bnou Zaid
(Ex. Jura) Maarif - Casablanca

Date de consultation : 19/06/2011

Nom et prénom du malade : BENABDE ABDELKADER Age : 83 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pharyngite

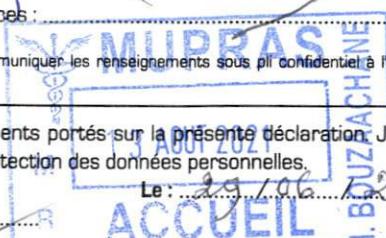
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 29/06/2011

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
29/5/2024	Actes	4	100000	LENS Jura

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE UNIVERSELLE CASA SARL AU 98, Bd Brahim Roudani Casablanca 522.25.31.42	29.6.21	138,10.

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

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

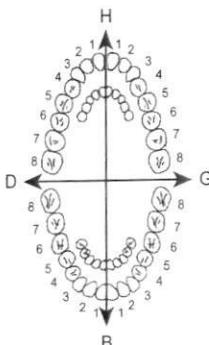
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

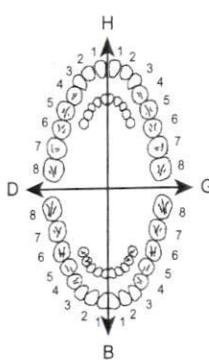
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																	
<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000		35533411 11433553		<hr/>		B	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	G																	
00000000																		
35533411 11433553																		
<hr/>																		
B																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p>																		
<p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p>																		
<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>																		
<p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Yahya LEMSEFFER

MEDECINE GENERALE

8, Rue Oussama Ibnou Zaid

(ex Jura) - Maârif

Tél. Cab : 05 22 25 25 48/05 22 23 25 49

Fax : 05 22 25 15 44

CASABLANCA

الدكتور يحيى لمسفر

الطب العام

8، زنقة أسامة ابن زيد

(جيرا سابقاً) المعاريف

الهاتف : 05.22.25.25.48/05.22.23.25.49

fax : 05.22.25.15.44

الدار البيضاء

Casablanca, le

٢٩/٦/٢٠٢٣

m/0262

Bienvenue à MedelKader

29,70

AZIX 500



58,40

EFFIPRED 20 mg



138,10



PHARMACIE
UNIVERSELLE CASA SARL AU
98, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 0522.25.37.42



الدكتور يحيى لمسفر
Dr Yahya LEMSEFFER
8, Rue Oussama Ibnou Zaid
(Ex. Jura) Maârif - Casablanca

En cas d'urgence : 0661 173 473