

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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

NADA · Declaration de Maladie
Nº W21-645219 82718

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	4961	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : El Ihabi Abdellaziz			
Date de naissance : 25/10/1963			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 358,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	19/08/2021
Nom et prénom du malade :	El Ihabi Nada
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	doulleur phénienne
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 :	Carac
Signature de l'adhérent(e) :	



Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
19/08/21	BS		3000 Dhs Trois mille dirhams.	061234712 LAOUAT-ABDERRAHMANE 061234712

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OUI ACCEPTE N° 91-711-Check Sakai - Cucholac 22.21.73.0	19/08/2011	1580

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	EF 1 1 1 1 1
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 00000010	G 1433056 00000000	<input checked="" type="checkbox"/> 30000000 35533411	
		B 30000000 35533411			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

300 dls

Dr Mounia ARAZZAKOU ALAOUI
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Medecin attachée à l'hopital Cheikh Khalifa

Surveillance de grossesse-accouchement
Chirurgie gynécologique
Chirurgie des cancers
chirurgie du sein
Coelioscopie
Echographie
Colposcopie, Hystéroskopie
Infertilité du couple



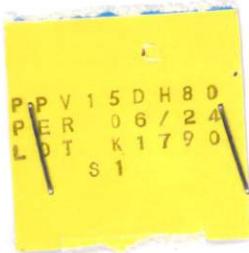
الدكتورة مونية أرزاقو علوى
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
طبيبة ملحوظة بالمستشفى الدولى الشيف خليفة

- ١- تبع الحمل والولادة
- ٢- جراحة أمراض النساء
- ٣- جراحة السرطان
- ٤- جراحة الثدي
- ٥- الجراحة بالمنظار
- ٦- الشخص بالصدى
- ٧- الشخص بالمنظار الدا
- ٨- علاج عقم الزوجين

ORDONNANCE

Casablanca le : الدار البيضاء في :
Mme / Mlle :

1580 D) Dolichopodidae
Gmelin
Gmelin
Chock
Corablanca
C. 64
1.73.64
effem. ent



John ammed H
John ammed H

Résidence les Rosiers, angle bd El Qods et av.Dakhla, Ain chok. Casablanca
إقامة الورود تقاطع شارع القدس وشارع الداخلة، عين الشق، الدار البيضاء
Tél. : 05 22 03 21 73