

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 canalaire, 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 canalaire.

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

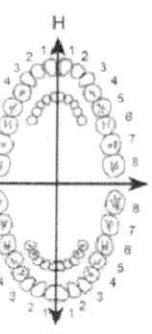
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Étage 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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricle : <u>2321</u>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>CHOUINI MOHAMED</u>			
Date de naissance : <u>01-01-1952</u>			
Adresse : <u>HAY BOUGHAZ</u>			
Tél. : <u>0674 380187</u>		Total des frais engagés : <u>1138,40</u>	
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. EZZI HICHAM Rhumatologue Dr. Bouslami Hocine Farhatia S Appt. B Stdi Oujda 06 622 27 12 12 </div>			
Cachet du médecin :			
<u>07/10, 2021</u> <u>KRISECH FAZIA 2021</u> <u>Scellé</u>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : <u>cli</u> Le : <u>11 OCT. 2021</u>			
Signature de l'adhérent(e) :			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NADOR SAHLOU Abdelali 3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole. Casablanca, Tél: 0522 28 05 76	07/10/21	838,00dh

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.																			
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)															
				INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie
Maladies Rhumatismales
Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de Rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique



الدكتور هشام ساطع

- اختصاصي أمراض المفاصل والروماتيزم والعظام والعمود الفقري
- أستاذ مساعد بالمستشفيات الفرنسية سابقا
- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم
- دبلوم جامعي في علاج الألم
- شهادة الترويض الطبي
- دبلوم في روماتيزم الأطفال

Casablanca, le : 07/10/14
الدار البيضاء في :



K Risch



32.70
x4

D 30 Nervo + 45



223,00

- Nervo + 45



A mule

30,00

Alb 400

15



100

PHARMACIE NADOR

LAHLOU Abdelali

3, Rue l'Hérault App Nadir-Pole
Casablanca - Tél: 05 22 28 05 76

28,80
x3

vitamin



1 - 1 - 1

75,00
48,40

Kids + 200

200



Goverm



Docteur SATI Hicham
RHUMATOLOGUE
Bd. Bouziane Résidence Farhatine 5
Appt. 5, 2ème Etage, (A côté d'Acima) - Casablanca - Tél./Fax: 05 22 37 14 14

شارع بوزيان، إقامة فرحتين 5، الشقة 5، (قوف أسيما) - الدار البيضاء : الهاتف - الفاكس : 05 22 37 14 14

Bd. Bouziane, Résidence Farhatine 5 , Appt. 5, 2ème Etage, (A côté d'Acima) - Casablanca - Tél./Fax: 05 22 37 14 14

838140

P.P.V.273.00.MAD

87,40

87,40

PPV

LOT
PER

28,80

PPV

LOT
PER

28,80

PPV

LOT
PER

28,80



LOT 201173
EXP 04/2023
PPV 75.00DH

30,00