

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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-658286

89826

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9623	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	ASSAD Jamila
Nom & Prénom :		Date de naissance : 19/10/61	
Adresse :			
Tél. : 06 63 07 56 19	Total des frais engagés : 200 + 783		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	12 OCT 2021		
Nom et prénom du malade :	N° ASSAD Jamila		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	GÉ + Vertige + Gastrite		
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'attendeur conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de 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
12 OCT 2021	Cx	200,00	200	INP : 36361200 Docteur Malika ENNA MEDECINE GENERALE Capitol Center, Entrée B - N Boulevard Anoual - Casablanca
		511		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MWHARA	12/10/21	783,00

ANALYSES - RADIographies

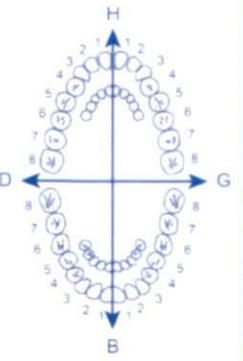
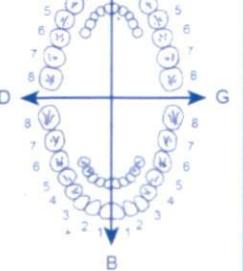
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

	 <p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	 <p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			
H	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
B																		
	<p style="text-align: center;">Coefficient des Travaux</p>	<p style="text-align: center;">Montants des Soins</p>																
	<p style="text-align: center;">Debut d'Execution</p>	<p style="text-align: center;">Fin d'Execution</p>																
	<p style="text-align: center;">Coefficient des Travaux</p>	<p style="text-align: center;">Montants des Soins</p>																
	<p style="text-align: center;">Date du Devis</p>	<p style="text-align: center;">Date de l'Execution</p>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Malika ENNABIL

MEDECINE GENERALE

D.I.U Nutrition
D.I.U Echographie



12 OCT 2021

الدكتورة مليكة النبيل

الطب العام

التغذية
الفحص بالصدى

69,00

ASSAD Tam

① Probiotis Nat

51,00

2 gel 2 gel les vi

② Tanganil

1 cp 3x1g

71,00 aysle ne pas

③ Taneek au cp

1 cp 3x1g

123,60

④ Inexium

40

98,80

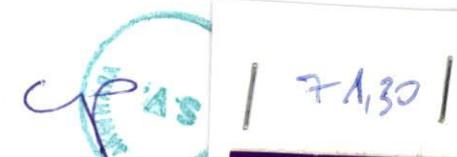
1 cp a Jeen

⑤ neofortan 160

1 cp 3x1g

⑥ 05 22 25 02 45

ملتقى شارع أنوال/عبد المؤمن عمارنة أنوال كباري سنتر 203 المدخل B الطابق الأول الشقة رقم 1 - الدار البيضاء
Angle Bd. Anoual / Abdelmoumen Rés. Anoual Capital Center 203 Porte B, 1^{er} Etage Appt. N°1 Casablanca



LOT: 2107002
FAB: 07/2021
EXP: 07/2024
PUC: 123.000H

LOT: 2107002
FAB: 07/2021
EXP: 07/2024
PUC: 123.000H

LOT: 2105011
FAB: 05/2021
EXP: 05/2024
PUC: 123.000D

Docteur Malika ENNAS
MEDECINE GENERAL
Capital Center, Faisée B. N.
Boulevard Anouar El Casabiq

Bio.muthal



3x 122,00

3x 122,00

38300