

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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-421413

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10350	Société : RAM 9423		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELHANI ABDELHAK			
Date de naissance : 07.06.67			
Adresse : LOT DAR CHAOUI Rue DJS N°36 Ain Nekhe			
Tél. : 066565562		Total des frais engagés : 0 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Diplôme : Spécialiste en Médecine et Chirurgie de l'Adulte et de l'Enfant 237 Bd. Lalla Chouïba Doukkali Casablanca 20000 Sous Médecin IV Casablanca Tél. : 05 22 20 45 45			
Date de consultation : 26.11.2021			
Nom et prénom du malade : EL HANI ABDELHAK Age : 1967			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : VILLE DE SÉJOUR +			
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.			
Le : 02 DEC. 2021			

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-421413	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
26/11/2021	CS	2000		INP : 081M14546 Dr. MOUSSAOUI Kader Spécialiste des Malades Chirurgie des Tumeurs 14, N° 100, Bâtiment Doutzenko, 1000 06 22 62 68 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GOLDSMITH Bd Tahar Haddad 2 N° 200 TEL: 022 8745500 Casab	26/11/2021	51,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM PC IM IV	
	27/11/2021		6000

VOLET ADHERENT

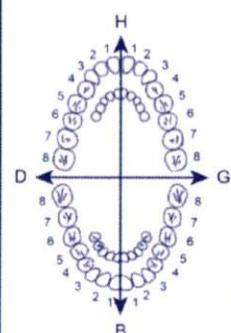
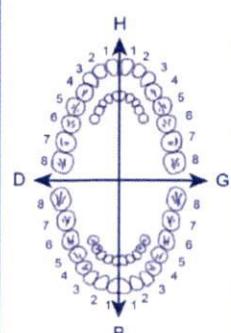
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
																
																
ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Date du devis <input type="text"/>												
				Date de l'exécution <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

OPTIQUE Najat

Vente & Réparation des Lunettes

Bd. Moudiboukeita Bloc J
N° 57 - Casablanca
Patente N° 36616612



نظارات نجاة

بيع و إصلاح النظارات
شارع موديبوكينا بلوك (ج)
رقم 57 - الدار البيضاء
الهاتف : 36616612

FACTURE

N° 004372

M :

Casablanca, le :

27/07/2020

Doit

N° de Nomenclature :

PPV : 51,60 Dhs

Docteur :

Eropdex® 0,3g / 0,1g

Tobramyicine / Dexamethasone
Flacon de 10 ml



Monture :

Verres :

VI :

OD :

OG :

VP :

OD :

OG :

IE: 50701272

CE: 001/900600000000

RC: 264852

Total :

6000 -

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

نظارات نجاة
OPTIQUE NAJAT
بيع إصلاح جميع النظارات الطبية
شارع موديبوكينا بلوك (ج)
الدار البيضاء

Docteur Moussaoui Karima



الدكتورة موساوي كرمة

(Cataracte Phacoemulsification)

Chirurgie des Vois Lacrymales

Lentilles de Contact-Strabisme

Angiographie - Laser

حالة بالليزر - حراحة مسالك الدموي

اللizer-العدسات اللاصقة

راديو الشبكة - طب الحول

Casablanca, le 26/11/2021 في الدار البيضاء،

El Hani

Abselhek

57- رقم - ج - 57- رقم - ج -

سيدي معروف الرابع، الزنقة 15 الرقم 237 - شارع أبو شعيب الدكالي - الطابق الأول
237, Bd. Abou Chouâib Doukkali - 1^{er} Etage Sidi Maârouf IV, Rue 15
الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.82.68.12

IF : 45304040 - ICE : 0018449000013