

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

Déclaration de Maladie

N° M20- 0008623

98/61

Matricule : **96A4**

Société : **GPI**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MAKHRoub ABDELAZIZ**

Date de naissance : **06/08/62**

Adresse : **19 Rue EL bawafsa, ETG 5 APPT 30 Hay Rehba 2022**

Tél. : **0616 881197**

Total des frais engagés : **414,30**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03/01/22**

Nom et prénom du malade : **ELAYATE ESSAFA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affect

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 : **03/01/22**

Le : **03/01/22**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-08623

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 : **96A4**

Nom de l'adhérent(e) : **MAKHRoub**

Total des frais engagés : **414,30**

Date de dépôt : **04/01/22**

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
08/01/09	C		150.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NOUR KABBAI Soumia B, Angle Bd Yacoub El Mansour Sidi Abderrahman -Casablanca Tel: 0523 94 11 11	03/01/2022	264,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

85080

* 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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENTÉ PRES LES TRIBUNAUX

Pharmacie NOUR

Ch. Sidi Abderrahmane - Casablanca

BP 5522 36 89 11

Diplômé de l'Université de Montpellier

PRÉVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبرير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

31/01/22

ERAYATE ESSAFIA

124.18

124.00

- Sodav sup (boute)

92.00 1/18 2

PPV: 92,40 DH

- Difox 30 B.20

181j. + 10

13.20

- Alpik 2 ✓ 2

34.00

- Rodostyl

264.30

- Tefam

PPV 34DH70
EXP 01/2023
LOT 9D068 4

