

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 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° W21-638262

7012276

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1696

Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ASSIL ALLAL

Date de naissance : 01-06-1956

Adresse : CASA OULFA Lot ESSAFA N° 44

Tél. : 0661 6933 66

Total des frais engagés : 335,1

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/12/2021

Nom et prénom du malade : ASSIL MALIKA Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H.T.A

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/12/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-638262

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 : 1696
Nom de l'adhérent(e) : ASSIL
Total des frais engagés : 335,1
Date de dépôt : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
18/12 2021	G	C	1500 pft	09 1018895 Dr. BELKEBIR Khadidja Médecine - Générale 24-25-26 Alfa Casablanca 24-25-26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Zouhair Imm. 6 Mme ZAPRAT 05 22 934 190	18/12/21	185,13

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

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.

Dr. Khadija BELKEBIR
MEDECINE GENERALE

الدكتورة خديجة بل慷慨
الطب العام

Lot EL Alia - Rue 27 N° 94
Bd. oued Tansift - El Oulfa
Tel: 05 22 90 48 76 - CASABLANCA

تجزئة العالية - الزنقة 27 الرقم 94
شارع وادي تانسيفت - الألفة
الهاتف: 05 22 90 48 76 - الدار البيضاء

Casablanca, le 18.12.21
الدار البيضاء، في

H. ASSIL M. MALIKA

Pharmacie Zoubiria
Mmc. ZAPPIJA AM
Latifia, Casablanca
Tel: 05 22 90 48 76

PPV: 84DH80
PER: 10/24
LOT: K2916

84,80

1) Prezair

44/6 le act

71,30

2) Tamadol

71,30

44 x 21,5

PPV: 29DH00
PER: 08/23
LOT: K2095

+ 3) Doliprane
44 x 21,5 ~ 31

185,10

Dr. BELKEBIR
Medecine Generale
Rue 27 N° 94
Cité Oulfa - Casablanca
Tel: 0522 90 48 76