

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

type :

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.

ntaire :

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

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° M21- 0060152 *11273*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *11273*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *MANSOUR*

Alined

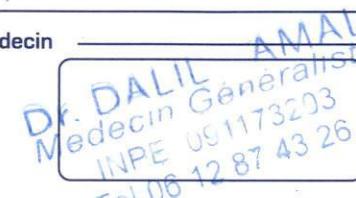
Date de naissance : *01/01/49*

Adresse : *Lissarfa Lot Aga Urbaine T/46*
Casa

Tél. : *06 69 11 3067* Total des frais engagés : *669,60* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : */ /*

Nom et prénom du malade : *CHALOUI ep. MANSOUR* *Nalika* Age : *...*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : *Casa*

Le : *18/01/2022*

Signature de l'adhérent(e) :

Depot le 27/01/22

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
18/11/2016			11500	 DR. AMAL Generaliste 01 73203 13 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARAM Dr. DERIAZIZA Lotissement Yassira, lot 1 Zaïfir CASABLANCA	14/10/2022	519,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AMAL DALIL

Médecin Général

Nutrition - Suivi de grossesse

Pédiatrie - Echographie - Vaccination

Endocrinologie - Suture soins divers



د. دليل أمال

طبيب عام

06 12 87 43 26

06 94 30 32 51

INPE : 091173203

التغذية - مراقبة الحمل - طب الأطفال

الفحص بالصدى - التطعيم

الغدد الصماء - رعاية طبية مختلفة

Casablanca, Le :

18/01/2020

DALIKA

HANSOUR

97,90

18

OFIKEN 20

1 CP X 2

87,50

21 Triusel 35

PPV : 87DH20
PER : 10/24
LOT : K2893

86,50

1 CP X 2

otosan gttis auricul 10ml x 31
1 gttle x 31

ISOPHARM
OTOSAN SPRAY
AURICULAIRE
86.50 DH

GH34 عمارة 46 شقة 1 ، مشروع اليسر - الطابق السفلي - فرح السلام - الدرالبيضاء

GH34 Appt.1 Imm 46, OP El Yousre - RDC - Farah Assalam - Casablanca

E-mail : royyadalil40@gmail.com

51,50

ALKOPEN
natur

SV

PPV : 51,50 Dhs

(19,00 x 6) ADD 850

SV

LOT : 4036
UT. AV : 09-24

LOT : 4036
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4035
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4036
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00

avant 0015
30-06-24
PPC : 82,00 DH

82,00

T: 519,60

Dr. DALIL AMAL
Medecin Généraliste
INPE 091173203
Tél 06 12 87 43 21

LOT : 4036
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00

PHARMACIE MARAM
Dr. DERLAZIZA
Loyerement 1000000000
Zemmour CASABLANCA
Tel : 05 64 55 55 55

LOT : 4036
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00