

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-671865

127664



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12537

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAKNIZI AHMED

Date de naissance : 07/12/1985

Adresse : Résidence K.P.C. Immi. 7 app. 71,

mohammedia

Tél. : 0669 722475

Total des frais engagés :

643 000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/11/22

Nom et prénom du malade : LAKNIZI TAHA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Vaccinal

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/10/2022

Signature :

RELEVE DES PRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE PALMER Gr. Palmer, N°16, Bd Zerktouni Bd El Moudoune, 1000 Casablanca, Maroc Tél: 0523328895</p>	13/01/22	3931.00

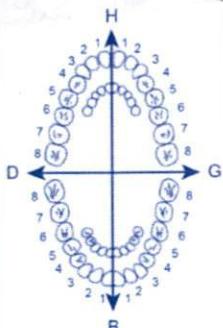
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	
	
	
	
	

VIOLET ADHERENT

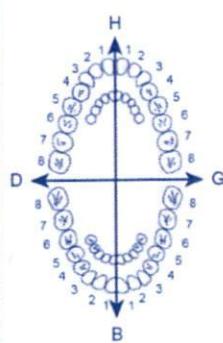
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)



1 DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur BELHADFA Hayat



الدكتورة بلهدفة حياة

Diplômée de la faculté de Médecine de Paris

خريجة كلية الطب بباريس

Ex Pédiatre de la polyclinique CNSS Mohammedia

طبيبة سابقة بمحض الضمان الاجتماعي المحمدية

Spécialiste des maladies de l'enfant, du nourrisson
et de l'adolescent

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

Spécialiste Allergologie infantile et Asthme

اختصاصية في الحساسية والربو

Tél : 05 23 30 22 91

الهاتف: 05 23 30 22 91

Mohammedia, le : 19/10/22

Doli®

PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

17,50

PPV 17DH50

PER 10/24

LOT K2696

HAKNizi i AHA

17,50

- Doli ped 500 mg/5ml S.V 538

9kg x 1/1

27,00

- ped 60 x 1 S.V

99,00

- prodefen 1 sachet/100ml S.V

Dr. BELHADFA
ALLERGO - PEDIATRE
Résidence LOUKILI III, 45 Rue 3
El Wafa - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 22 91

393,50

PHARMACIE PALMIER
Res. Palmier, Angle Bd Zarhouni
et Al-Malha, Mohammedia, Maroc
Tél: 0523329835

PRODEFEN
Complément alimentaire

Lot : 118781
Date de Fab : 02.2021
Date de Pér : 02.2023
PPC : 99 Dhs

45، زنقة 3 ، الطابق الأول (إقامة الوكيلي III) تجزئة الوفا - المحمدية

45, Rue 3, Etage 1 (Residence LOUKILI III) Lottissement El Wafa - Mohammedia