

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Education :

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

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

M22- N° 001872 (AAAFB)

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7788 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Kemal Turki

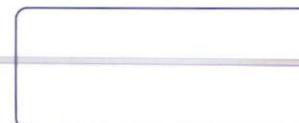
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 du 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

- 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° 09-06 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>DD7788</u>		Société : <u>Retraite</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>KERMoudi</u> <u>Laila</u>
Nom & Prénom : <u>KERMoudi Laila</u>		Date de naissance : <u>03/03/1963</u>	
Adresse : <u>Les Jardins de l'Orangerie</u>		Télé : <u>0522 914149</u>	
		Total des frais engagés : <u>460,70</u> Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Médecine Générale		
Cachet du médecin :	24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza Casablanca - Tél : 0522 90 10 87		
Date de consultation : <u>14-03-2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BENSALER KERMoudi Laila</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<u>Rehila Boudlal</u>		
Nature de la maladie : <u>maladie</u>			
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 : DR

Signature de l'adhérent(e) : DR

Le : 14/03/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES JARDINS ROUTE D'AZEMZI - BAY SARIAU BP : 057 - 22908 CASABLANCA T : 0522 229082 - P : 322 92 93 69	14/08/22	290,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

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

BELLEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

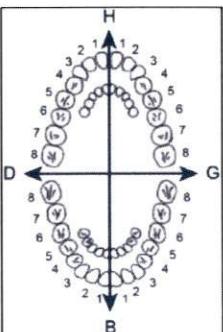
Le praticien est tenu de préciser le plan traité, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

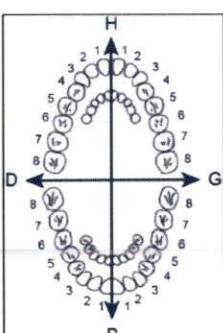
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES



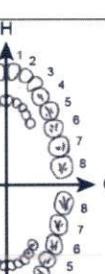
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATIF

H	
226834112	214832222
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35683411	114832223



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
H 														
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">22683412</td> <td style="padding: 2px;">21482692</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11482693</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> </tr> </table>			22683412	21482692	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11482693	B	
22683412	21482692													
00000000	00000000													
D														
00000000	00000000													
35533411	11482693													
B														
COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
MONTANTS DES SOINS 														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
DATE DU DEVIS 														
DATE DE L'EXECUTION 														

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTENDANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

42,00

16,30

PHARMED LOT : 6601
UT.AV : 02-25
PPV : 21DH00

NASONEX® 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131.70DH

Distribué par MSD Maroc


6 118001 151

Mme KERMOUDI ép BENSALAH Laïla

Ordonnance

12,00
~~S.N.~~

PREDNI 20 mg :

3 cp le matin pendant 3 jours puis 1.5 penant 3 jours supplémentaires

79,70

16,30
~~S.N.~~
AZIX 500mg : ~~du Zithromax 500~~
1 cp le premier jour puis 1/2 cp par jour pendant 4 jours

09366030/4

131,20
~~S.N.~~
NASONEX 50 µg/dose suspension pour pulvérisation nasale :
2 pulvérisations dans chaque narine le soir après nettoyage du nez

16,30
~~S.N.~~
SOUFRANE 2 % Solution pour pulvérisation nasale :
1 pulvérisation 2 à 3 fois par jour

21,00
~~S.N.~~
FEBREX sachet adulte :
1 sachet 3 à 4 fois par jour

290,10
~~S.N.~~
PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY Sari Au
Route d'Azemmour Km 15
Dar Bouazza Casablanca
Tél : 05 22 96 10 87
Fax : 399369 - T.P. : 3960411

Dr. Xavier MEON
Médecine Générale
24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza
Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

Docteur Xavier MEON

24, Lotissement El Ansari. Dar Bouazza. Casablanca
Tél : 05 22 96 10 87

إقامة الأنصاري . دار بوعزة. الدار البيضاء
05 22 96 10 87
الهاتف :

IF : 37599555 - INPE : 091240218 - Patente : 32961156 - ICE : 002307402000045