

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° W21-669829

118258

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10993

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHADY Hanane

Date de naissance : 19/10/1976

Adresse : 19 lot A1 ABRAD Hay Chifa

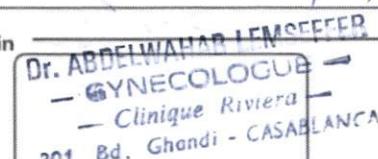
Code postal : Casab

Tél. : 0661487114

Total des frais engagés : # 700,90# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/10/2022

Nom et prénom du malade : CHADY HANANE

Age : 1976

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Gynécologique

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 : 11/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-669829

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
11.04.2022	Ch		300,00	INP : 0810936666
				 SABLANCA

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Poursesseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Montpellier 10/04/2011 05/232011 Signature : [Signature]</i>	400.90 11/24/11	400.90 1

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

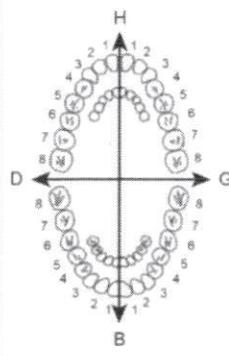
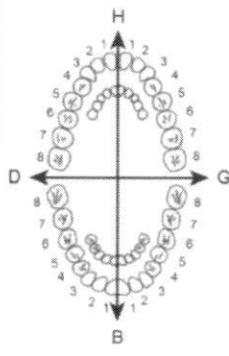
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXÉCUTION []
				FIN D'EXÉCUTION []
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX []
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \end{array} $			MONTANTS DES SOINS []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXÉCUTION []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bennou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boite 14

641155DMP21NRO P.P.V. 123,60 DH
6 118001 020607

ut mélange

PPU: 168,20 DH
LOT: 647936
PER: 04/23

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés
dispersibles
PPV 53DH00 EXP 09/2023
LOT 14020 3

خريج كلية الطب ببوردو

Casablanca, le 11 Avri 2022

M^{me} chady Hauane

~~Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNAJI
Docteur en Pharmacie
1 Lot Oued El Makhazine
Tél: 05 22 52 28 71 Email: benaji_dj@gmail.com~~

- Augmetri 1f
~~S.V.~~ 1 goutte/jour = 168,20

- Exevi 1f
~~S.V.~~ 1 goutte/jour = 53,20

- Di-Indo 500mg
~~S.V.~~ 1 goutte/jour = 53,20

- ~~Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNAJI
Docteur en Pharmacie
1 Lot Oued El Makhazine
Tél: 05 22 52 28 71 Email: benaji_dj@gmail.com~~
40 mg
Cp les siq = 113,60

~~Dr. ABDELMABAH FEMSEFFER
GYNÉCOLOGUE
Clinique Riviera
301 Bd. Ghandi - CASABLANCA~~

Pour les rendez-vous : 06 96 60 68 67

05 22 98 46 31 - شارع غاندي - الدار البيضاء الهاتف : 06 / 06 - الفاكس:

Clinique Riviera : 301, Bd. Ghandi - CASABLANCA - Tél. : 05 22 98 55 02 / 06 - Fax : 05 22 98 46 31

INP : 091093666 - ID : 42204343 - ICE : 002037970000097