

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

- Reclamation : 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° W21-687756

118683

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 8063 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre : AZIZ RHADIIA

Nom & Prénom : 13/05/1965

Date de naissance : Adresse : N° 65 lot EL FATH 2 Sidi Maarouf

CASA Tél. : Total des frais : 429,7 Dhs

Docteur EL JABIRI Mina Médecin Generaliste

N° 19 Lot Al Adarissa

Sidi Maarouf - Casa

Tel : 06 70 80 39 37 - 05 22 97 37 25

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Date de consultation : 28/05/2022

Cachet du médecin : Nom et prénom du malade : DOUJI Mohammed Amin

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : 28/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration

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
28 05 2022	CA		150,00	INP 94053991. Dacteur EL JABIRI MIMI Généraliste dar

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FOULIERS Droguerie en Inde 119, 57223, 5725 Casablanca Al Adarissa Sidi Maarrow	28/5/22	279,70 N. 119 Sidi Maarrow Tel. 06.70.80.33.37 - 85.22

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

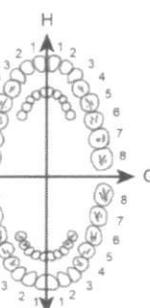
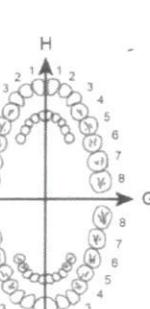
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		H <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> G			25533412	21433552	00000000	00000000	D		35533411 11433553		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D															
35533411 11433553															
B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL JABIRI MINA

MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

الدكتورة الحابري مينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, Le : 28/05/22 الدار البيضاء في :

PHARMACIE IBN TAIMIA
FÉDULOUS
Docteur El JABIRI MINA
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf
0522 33 57 25 Casablanca

ORDONNANCE

Douijji Mohamed Amine

UT. AV:

PPV (DH):

42,00

1] 42,00
Prechei Long S.V
3cpl

42,70

2] Aller Z cp 1cpl S

116,00

3] SAPHIR 1g slet S.V
13ct

79,00

4] Superfame cp 1cpl

LOT: L 2100515

EXP: 02.2024

PPC

79.00 Dhs

5] CeraV SA. Smoring
Crème anhængst

279,70

06 70 80 39 37 - سidi maârouf - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 97 37 25 - المحمول : 119

N°119, Lot. Al Adarissa - Sidi Maârouf - Casablanca - Tél : 05 22 97 37 25 - GSM : 06 70 80 39 37