

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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-668371

11.8511

Conseil

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1178		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : LAFFINDI MOHAMED			
Date de naissance : 01-08-1948			
Adresse : EL JADIDA			
Tél. 0661463932 Total des frais engagés : 250 + 162,90 Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Docteur Amina BAIROUHI GASTROENTEROLOGUE Résidence Bel Avenir, 4 App. 3 Route Sidi Bouzid - EL JADIDA GSM: 06 68 90 99 15			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/05/2022			
Nom et prénom du malade : LAFFINDI MOHAMED Age : 1948			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Colopathie			
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 : EL JADIDA

Le : 04/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-668371	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 1178	Nom de l'adhérent(e) : LAFFINDI MOHAMED
Total des frais engagés : 250 + 162,90	
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
04/05/2022	CS	1	250000 Docteur GASTH Résidence Rouadi GSM	INP: 111048888 0-1-100000 Bénéfice: 1 appt. 3 F. JADIDA 06 68 90 99 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LOTFI 2, Angle Rue Tamanar et 155ak Hammou - El Jadida Tél: 05 23 34 48 38 NPE 112040227	4/10/12	162,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des scins.

Important:

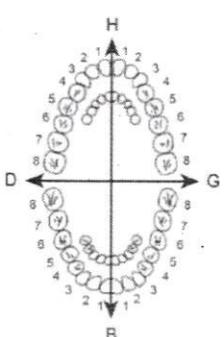
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

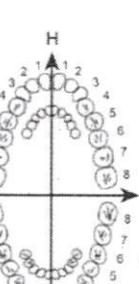
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
<hr/>														
35533411	11433553													
D 														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
Coefficient des travaux <input type="text"/>														
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. Amina BAHBOUHI

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Lyon

Spécialiste des maladies de l'Appareil Digestif
Estomac, Intestin, Hémorroïdes et les
Maladies du foie, du pancréas et de la
Vésicule biliaire
Echographie + Endoscopie
Medecin Assermentée près les Tribunaux



الدكتورة أمينة بحبوبي

خريجة كلية الطب بليون

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة، الأمعاء، والمواسير

أمراض الكبد والمرارة والبنكرياس

الفحص بالصدى والمنظار الداخلي

طبية محلية لدى المحاكم

LOT : 8718
UT. AV : 10.26
P.P.V : 45 DH 90

LOT: 210948
PER: 04/2027
PPC: 79,90DH

El Jadida, le : 4/05/22 (الصادرة في)

Dr. LAFRINDI - Dakhmed

uf 90 180x3f/1
→ Tu meed a 29,90 180x3f/1
→ Kol naga 190x3f/1
— Pantelka 180x3f/1
→ Arafat 180x3f/1
→ Pendek 180x3f/1

162,10

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
LOT: 21E005
PER: 03/2023
P.P.V: 37DH10

9 118000 011255

طريق سيدى بوزيد إقامة بن دغة - عمارة 4 - رقم الشقة 3 - (أمام مصحة الضمان الاجتماعي) الجديدة
Rout Sidi Bouzid, Residence Ben Daghha Imm - 4 apprt 3 - (en face de la polyclinique) - El Jadida
GSM : 06 68 90 99 15 - 05 23 36 18 29 - الهاتف : Email : bahbel3@hotmail.com