

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

- 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° W21-685610

126343



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 8921

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHRACH Leila

Date de naissance :

01/09/66

Adresse :

Tél. : 0613700611

Total des frais engagés : 200 + 190,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

سعيـد الـخـالـدـي
طـبـيـبـ مـحـالـفـ خـبـرـ لـدىـ الـمـدـىـ الـمـدـىـ
طـبـيـبـ مـعـلـيـ مـعـلـيـ الـمـدـىـ الـمـدـىـ
أـفـرـيـقـيـ مـسـتـشـفـيـ الـمـدـىـ الـمـدـىـ
الـدـارـالـمـدـىـ 290929

Date de consultation :

04/07/2022
LAHRACH Leila

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Enjoint

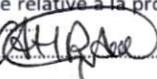
Nature de la maladie :

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 :

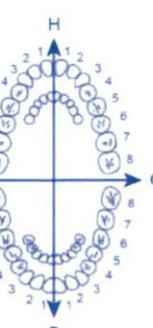
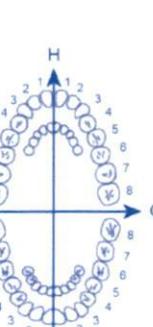
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 01/07/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIE POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz route Mly Thami Hay Hassan tél. 0522 90 21 67	04/07/82	190,40

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

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 (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)						
				INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> B B </td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	B B	
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000									
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553									
B B										
		Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>								

1 -	Ranitidine 20	الدار البيضاء، في 04 - 07 2022	PPV: 64 DH 50
	98,50	لـ ٢٠ ملليلتر	
2.	Ganixol sa		
	27,50	لـ ١٠٠ ملليلتر	
3.	Fluvid		
	190,40	لـ ١٠٠ ملليلتر	

~~PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TYR Abdelaziz
58, Route Mly Thami Hay Hassan, Casa
Tél: 0522 90 21 67~~



Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgza@gmail.com