

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° W21-724131

Par
Com
125002

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11410 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NAFIM HICHAM

Date de naissance : 11/07/72

Adresse : 12 lot KHADIDA DAR BOUZZA
EA BABA NCA

Tél. : 0614 127824 Total des frais engagés : DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

M.Z.H Hicham

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) :



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
23 JUIL 2022	✓	✓	INPE 091112979	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées [Empty box]	Nature des Soins [Empty box]	Coefficient [Empty box]	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION																		
				FIN D'EXÉCUTION																		
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D	B																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
[Empty box] [Empty box] [Empty box] [Empty box] [Empty box]																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]																						
MONTANTS DES SOINS [Empty box]																						
DATE DU DEVIS [Empty box]																						
DATE DE L'EXÉCUTION [Empty box]																						

Dr M'HADRA

BIOFAR DIGESTION CRF BTE 8
Prix : 69,00 DERM
Lot : 12795
UR AV

L1279/5
10.2024

الدكتور عبد العظيم أمميضرة

أمراض السكري والتغذية - الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بمونبلوي فرنسا

دبلومي في الفحص بالصدى

العلاج المثلثي

اختصاصي في طب الشغل

من كلية الطب ببرانس

دبلوم في الخبرة

والتوعيض الجسدي من كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي بالعيون

91، قرية النحوتية بدار بوعزة

الهاتف : 05 22 29 00 09 - INPE091112979



26 JUIL 2022

N NAZIA IN UTAH

69,00 BioFAK digestie

ly evim
cy or



65,00
134,00 REFUX KIDS HCK
ulti cur



PHARMACIE DAR BOUAZZA

ZAHZOUTH Amina

Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93
Tél. : 0522 26 01 74 - Dar Bouazza

Dr. Abdelladim M'HADRA
Diabétologie - Nutrition - Echographie
Spécialiste en Médecine
du Travail de la Faculté de Rennes
71 Village Pilote de Dar Bouazza
GSM : 06 61 33 87 85

اصحبوا معكم هفتم الوصفة عند الزيارة المقبلة