

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 AID et AIC

- 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

Nº W21-685120

125647

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12435	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZAOULI ELMOUSTAFA			
Date de naissance :	21/09/83		
Adresse :	Rés. El Firdous 645 Im 130 N° 10 ouaga		
Tél. :	0662763923	Total des frais engagés	549,30

Autorisation CNP N° : A-A-215/2019

<p>Cachet du médecin</p> <p>MUTUELLE TAKANFI</p> <p>TAOUFIK YOUNES</p> <p>1 AOUT 2012</p>		<p>Centre Médico-chirurgical</p> <p>Dr. YOUNES TAOUFIK</p> <p>90, Avenue de Kéf</p> <p>92100 Boulogne-Billancourt</p> <p>Tel: 01 55 22 22 22</p> <p>Site: www.younes-taoufik.com</p> <p>Centre Médico-chirurgical</p> <p>Dr. YOUNES TAOUFIK</p> <p>90, Avenue de Kéf</p> <p>92100 Boulogne-Billancourt</p> <p>Tel: 01 55 22 22 22</p> <p>Site: www.younes-taoufik.com</p>
<p>Date de consultation : 01/08/2012</p> <p>Nom et prénom du malade : TAOUFIK Hidaya</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Age: 05 ans</p> <p>Nature de la maladie : Toux + fièvre</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>		

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 : ca sa

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/06/2022

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
29.06.22		C ₂	250 DH	<p>INP : 09227820</p> <p>Sté. d'assurance sociale de la Sécurité sociale</p> <p>3, Avenue El Gaidai, 2^{me} Etage, Bd Aouia El Kettani</p> <p>Centre Médico-CHirurgical de l'enfant (CMCE)</p> <p>DR. YOUSSEF STATAOUI</p> <p>Assurance, Imm. 3, El Gaidai, 2^{me} Etage, Bd Aouia El Kettani</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA SUD	09.06.22	299,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 table rows)	Nature des Soins (empty table rows)	Coefficient (empty table rows)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
					H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G			
					[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>			
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>			
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>								
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								

Chirurgie infantile

Chirurgie viscérale

Traumato-orthopédie

circoncision

Casablanca le : 09-06-2022

Nom, Prénom :



د. يونس توفيق

جراحة الأطفال

الجراحة الباطنية

جراحة العظام و المفاصل

الختان

الدار البيضاء في

63,00 x 2

1 kg Sachev

2 x 15



2 dose (kg) x 35,00 = 70,00

79,50

2 kg

10 x 15

15

15

22,50

2 x 10

3 x 10

80,00

2 kg

Nodolfene

60,00

1 dose (kg) x 3

80,00

kg Enkeraage

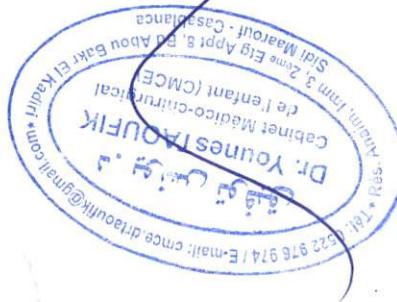


11,30

for vegane - 11,30

11,30
11,30
11,30
11,30

299,30



63,00

Lot: 211040
À consommer
avant le: 01/2025
PPC: 79,50 DH