

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 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 (J-G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

130731 N° W21-716244

Par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3015	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMARA ELYABOURI			
Date de naissance : 28/05/1957			
Adresse : 121 Lot Sapeurs Pompiers Massina TEMARA			
Tél. : 06 62 03 83 09 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Chakib BENNANI Généraliste - Fertilité 174, Av. Driss 1 ^{er} , Massina 1 Témara - Tél. : 05 17 62 15 22			
Date de consultation : 31/08/2022			
Nom et prénom du malade : AMARA ADAMS Age : 17 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection Respiratoire			
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 : 31/08/2022

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-716244	
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 : 3015	Nom de l'adhérent(e) : AMARA ELYABOURI
Total des frais engagés : 150 + 141,00 Dhs	
Date de dépôt :	

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
21/08/2022			150,00	INP : 150,00 Dr. El. 10102 Makid Ben Généraliste

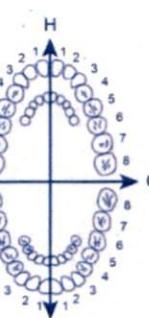
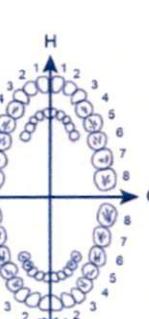
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DI BENMOUSSA 1105, MASSIRA 1, TÉNÉDÉ Tel. : 05.37.60.45.90</p> <p>10-2008/1724</p>	21/08/2022	1411,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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 Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....	
.....	
.....	
.....	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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 (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording type of treatment)	Coefficient (Rows for recording coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				MONTANT DES SOINS		<input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				DÉBUT D'EXÉCUTION		<input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				FIN D'EXÉCUTION		<input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				25533412	21433552															
				00000000	00000000															
				D	G															
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																				
DATE DE L'EXÉCUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																				

Doctor Chakib BENNANI

- Médecine Générale
- D.E.S en Stérilité du couple
- D.E.S en Colposcopie
- D.U. en Echographie-doppler couleur
- Circoncision

الدكتور شكيب بناني

- الطب العام
- شهادة في عقم الزوجين
- شهادة في تنظير عنق الرحم
- شهادة في الفحص بالإيكوغراف بالألوان
- الختان

Témara, le :

mercredi 31 août 2022

تمارة ، في

Monsieur ADAM AMARA

17 ans

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH):

42,00

PREDNI 20

3 cp matin, avant les repas, en prise unique

3 jours

ACLAV 1G (B12)

1 sachet 2 fois par jour, avant les repas,

1 Boite

99,00

741,9

101024669

صيدلية المحافظة
PHARMACIE AL MOUHAFADA
Dr BENMOUSSA SOFIA
1105, MASSIRA 1. TEMARA
Tel.: 05.37.60.45.90

LOT : 6153
PER : 01/24
PPV : 99DH00