

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-770532

139478

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	13153	Société :	QAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL RHAYAB Rachid			
Date de naissance : 24/10/36 1990			
Adresse : Cite de l'air Rue Asparfir			
Tél. : 0661752888 Total des frais engagés : 71,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. Zinedine LAHLLOU BEN ALI PEDIATRE VAL Fleuri - Casablanca 05 22 25 15 32
Date de consultation :	04/10/2018
Nom et prénom du malade :	EL RHAYAB Ghito
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Jacintose
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 : Casablanca Le : 02/11/2018
Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-MAAII Hay My Rachid Groupe 6 N° 45 Rue O. S. T. Casablanca	24/11/2011	4.111,00

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 <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											Coefficient <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											INP : <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				FIN D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
ODF PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>										
		H	25533412	21433552																																										
		D	00000000	00000000																																										
		G	00000000	00000000																																										
		B	35533411	11433553																																										
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				DATE DU DEVIS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																														



ORDONNANCE

A... Rose le ... 4.10.12

EL RHAYAB Ghite

MAA, 60 HEXAXIM

(S.V)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP
P.P.V: 411,00
5 118001 082063

PHARMACIE AL-MAALI
Hay My Rachid Groupe 6
N° 45 Rue V - Casablanca
Tél : 05 22 71 73 30

