

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-708870

153056



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 153056			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Tawfiq Benjelloun BADR			
Date de naissance : 06/12/63			
Adresse : Rd. Ibn Sina 5eme étage 104 - CIC			
Tél. : 05 22 20 45 45		Total des frais engagés : 842,60 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. NAIM Mohamed Naoufal Médecin Urgentiste GSM: 0631 32 11 99 / 0621 00 07 77 Lot Hassanid 1, N° 54 Appt N° 1 Casablanca </div>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
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.

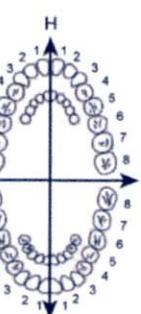
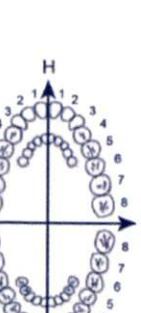
Fait à : Casablanca Le : 09.03.2023

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

Le : 09.03.2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LA SOURCE GUYANE Av. de l'Europe 973 00 ROUSSILLE Téléphone 05 92 24 85 24	09/03/23	242,60

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P G	I M	
Dr. NAIM Mohamed Naoufal Médecin Urgentiste Gsm : 0631 32 11 99 / 0621 00 07 01 Lot Hassania 1, N° 54 Appt N° 1 Casablanca	05/07/2023	1	1	0	100.00

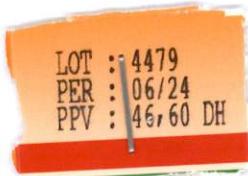
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" 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>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>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																						
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																						

32.00
51

Barcarinha



4 x 37,-



PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUNAÏD MOUSSA
6-7 Rue Ain Asserdiouine
Tel: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.00



Dr. NAIM Mohammed Naoufal
Médecin Urgentiste
Gsm: 0631 32 11 99 / 0621 00 07 77
Lot Hassania 1, N° 54 Appt N° 1
Casablanca

PER: 11/2023
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
6 118000 060833

SYNTHEMEDIC
12 rue zoubair bniou al aouam roches
casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
64015DMP/21NQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

