

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS 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

Nº W19-441307

Couleur

155964

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

dalbo

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BEL GAZZAR Charles*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *06 13 70 08 91* Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr. Kabbaj Abdellah
Médecine Générale
Rue de Syrie Fomara
Tél: 05 22 20 45 45*

Cachet du médecin :

Date de consultation : *11 Mars 2023*

Nom et prénom du malade : *Bégezzar Charles*

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Bégezzar Charles*

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 : *29/13/2023*

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

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº W19-441307

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 : *9940*

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : *396,50*

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
11 Mai 2023	C	1	15000	INP : Patho 11 Mai 2023 Abbaab Abdalla Médecin de la famille Rue d'Asyieh Téle : 055 22 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL WEURQU Secteur 3, N° 482, AL WEURQU -Témara- Tél: 05 37 64 51 86 02078698	11/03/23	246,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

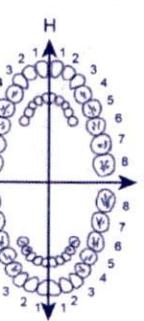
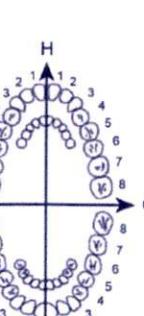
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET 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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KABBAJ Abdelilah

Médecine Générale
Diplômé en Echographie
Générale
Rue de Syrie
Hay Ibn Sina
A Coté de la B. Populaire
٨٠٢

Temara - Centre
Tél : 0537 61 04 20

الدكتور القباج عبد الإله

الطب العام
حامل شهادة
في الإيكوغرافيا
٦٥٢
زنقة سوريا
جوار البنك الشعبي
تمارة المركز

الهاتف 0537 61 04 20

تمارة, في Temara, le 11 Mars 2023

Balgassar Charife

139,50

Lorazic 500 (100f)

139,50

141 x 10f

30,00

Fluimuc 40f

30,00

37,00

Acetamin. 2fg

246,50

Droxed 4f

Pharmacie AL WOURQU
Secteur 5, N°3482 AL Wifaq
- Temara -
Tél: 05 37 64 51 85

PPV: 40DH00
PER: 12/25
LOT: L-235

40,00

repx 2fg

102078698

Cotifred 2

246,50

repl 1xfg

Dr. Kabbaj Abdellilah
Médecine Générale
Rue de Syrie Temara
Tél: 05 37 61 04 20