

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

- Reclamation : 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.

N° W21-779263

AS7063

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10735	Société : R. AIR		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JANABY Amin			
Date de naissance : 14/11/75			
Adresse :			
Tél. : 060627272 Total des frais engagés : 30004 + 19.5 Dhs			

Autorisation CNNP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	12 AVR 2023
Nom et prénom du malade :	MENGHOUIT AASTAFIA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Paleen
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires 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) :

Docteur MING OUMLLI, Professeur Universitaire, 250, Bld Abdelloumen 1er étage, Rés. Aliaies Abdelloumen, Casablanca, Tél/Fax: 0522 25 25 26 - 06 57 34 04 19, INPE: 091201061

Docteur MING OUMLLI, Professeur Universitaire, 250, Bld Abdelloumen 1er étage, Rés. Aliaies Abdelloumen, Casablanca, Tél/Fax: 0522 25 25 26 - 06 57 34 04 19, INPE: 091201061

RELEVE DES FRANCS HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	N° de la profession	Montant détaillé	Carte et signature du Médecin attestant le Parcours des Actes
2 MARS 2013	Ge	2501 Rés. Tél/Fax	Abdes. Hocine Aissa des Allo 25 26 27 28 29 INPE: 09/201061	34 04 19 attestant le Parcours des Actes
2 MARS 2013	sa			INP : _____

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Docteur Professeur 250 mg Réf. Montant Tél/Fax	INPE : 06.20.1961 INPE : 06.20.1961 INPE : 06.20.1961 INPE : 06.20.1961
	02.03.23	INPE : 06.20.1961	INPE : 06.20.1961

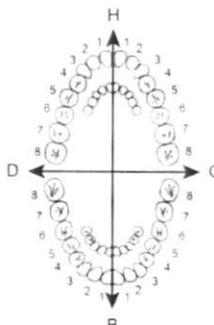
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et 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"/>												
																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B		35533411														
G		11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Docteur Mina OUMLIL

Professeur en Pédiatrie

الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال



Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

كلية الطب و الصيدلة
بالبيضاء

Casablanca, le 02 MARS 2023

الدار البيضاء في

Beujieloen Maia Hodil

19,50

UVEDOSE 100,000



Adore Miguel

INPE: 06 20 74 810
LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. SAAD BEUJELLOUN
Imm. 94 LOFANT N°4 DEROUA
Tel: 05 22 52 17 07

Maphar
Bd Alklimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
6 118001 185030

Docteur Mina OUMLIL
Professeur en Pédiatrie
250, Bd Abdelloumen Résidence Abrajes
Tél/Fax : 05 22 25 26 / 05 22 25 25 27
Gsm : 0661 74 47
INPE: 091201061

Pas de Consultation Samedi Matin

250, Bd Abdelloumen Résidence Abrajes Abdelloumen 1^{er} Etage
(entre Bd . Mly Idriss 1^{er} & Bd . Anoual) - Tél./Fax : 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27
E-mail: oumlilmina@gmail.com / minaoumlil@hotmail.fr - Urgence Gsm : 06 61 14 74 41