

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° W21-609866

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) <i>11002</i>			
Matricule : <i>11002</i> Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>OBAD SABNE</i>
Nom & Prénom : <i>OBAD SABNE</i>			
Date de naissance : <i>17.07.1977</i>			
Adresse :			
Tél. : <i>0661793929</i> Total des frais engagés : <i>2805+200</i> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : *17.07.2016*

Nom et prénom du malade : *OBAD SABNE* Age : *40*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : *17.07.2016*

Signature de l'adhérent(e) :



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 treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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"/>																								
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																								
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		00000000		35533411		11433553		B		G	
				H																								
				25533412	21433552																							
				00000000	00000000																							
D																												
00000000		00000000																										
35533411		11433553																										
B		G																										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
Coefficient des Travaux <input type="text"/> Montants des Soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																												

Dr. GANA Rachid

Neurochirurgien

Professeur à la faculté de médecine et pharmacie de Rabat

Spécialiste en :

- Chirurgie du cerveau
- Chirurgie de rachis et de la moelle épinière
- Microchirurgie
- Chirurgie endoscopique
- Chirurgie stréotaxique

Adulte - Enfant



د. رشيد الكثانية

أستاذ بكلية الطب والصيدلة بالرباط

اختصاصي في :

- جراحة الدماغ والأعصاب
- جراحة العمود الفقري والنخاع الشوكي
- الجراحة الدقيقة
- الجراحة بالمنظار
- جراحة الأمراض الجهاز العصبي
- الصغرى - الكبار

Rabat, le

الرباط، في

Dr. GANA Rachid

Neurochirurgien
App. 7, Imm. 17, Av. Bine Al Ouidane
Agdal-Rabat - Tél: 0537 68 10 82 / 0537 68 11 41
INP : 1011073012

$$561 \times 5 = 2805 \text{ DH}$$

Sasni

Abdellah

El Ham

Kyria 500 DH

25

El Ham

✓ 10

Dr. GANA Rachid
Neurochirurgien
App. 7, Imm. 17, Av. Bine Al Ouidane
Agdal-Rabat - Tél: 0537 68 10 82 / 0537 68 11 41
INP : 1011073012

رقم 7، عمارة 17، شارع بين الوريدان (قرب هيبير)، أڭدال - الرباط - الهاتف: 0537 68 11 41 - 0537 68 10 82
App 7, Imm 17, Av. Bine Al Ouidane (à côté de hyper), Agdal - RABAT - E-mail : rachidgana96@hotmail.com
Gsm : 06 70 20 68 97

Peel-off label (vignette)

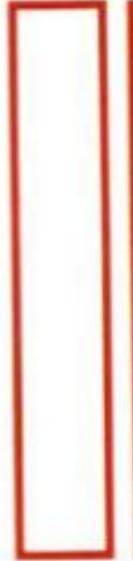


Fabricant: مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du roriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Uniquement sur ordonnance · Liste I

Peel-off label (vignette)

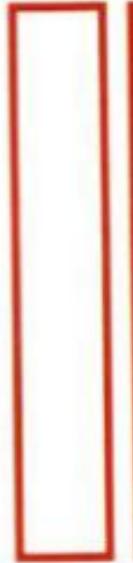


Fabricant: مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du roriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Uniquement sur ordonnance · Liste I

Peel-off label (vignette)



Fabricant: مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du roriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance · Liste I

Peel-off label (vignette)



Fabricant: مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du roriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance · Liste I

Peel-off label (vignette)



Fabricant: مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du roriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance · Liste I