

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

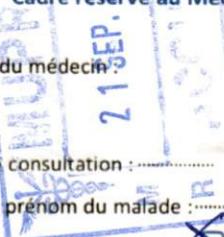
- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

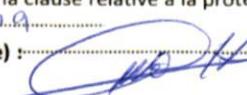
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-679772

par pianno

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 3209			
Société : RAA (276138)			
Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/> Autre : HÉROUAL Mohammed			
Nom & Prénom : HÉROUAL Mohammed			
Date de naissance : 21/01/1952			
Adresse : Lotissement Elghalassir n° 9 Mediouna			
Tél. : 0770731571 Total des frais engagés : Dhs			

<p style="text-align: center;">Cadre réservé au Médecin</p> <p style="text-align: center;">Cachet du médecin : </p> <p style="text-align: center;">Date de consultation : 24/ JUIN 2023</p> <p style="text-align: center;">Nom et prénom du malade : HÉROUAL MOHAMMED ELBALDI</p> <p style="text-align: center;">Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p style="text-align: center;">Nature de la maladie : HÉTA - Problème / Frappe de la main</p> <p style="text-align: center;">En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p style="text-align: center;">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.</p>	<p style="text-align: center;">Docteur AHMED ELBALDI Médecine Générale Lotissement TISSIR N° 207 Mediouna GSM : 0668 12 34 15</p>
Age:	

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 :** 24/06/2023
Signature de l'adhérent(e) : 

<p style="text-align: center;">VOLET ADHERENT</p> <p style="text-align: center;">Déclaration de maladie</p> <p style="text-align: center;">N° W21-679772</p> <p style="text-align: center;">Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p> <p style="text-align: center;">Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p>	<p style="text-align: center;">Matricule : _____</p> <p style="text-align: center;">Nom de l'adhérent(e) : _____</p> <p style="text-align: center;">Total des frais engagés : _____</p> <p style="text-align: center;">Date de dépôt : _____</p>
---	--

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
21 JUN 2023	cur	1	120.00	INPE 091014159 DOCTEUR AHMED L'ESSENCE MEDICAL CSM

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		G																			
25533412	00000000	21433552	00000000																		
D		B																			
00000000	35533411	00000000	11433553																		
					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																					

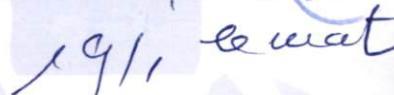
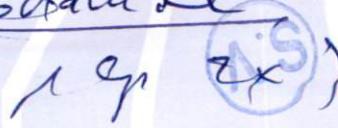
Dr. EL BALDI Ahmed
Médecine Générale
Ancien Médecin des Urgences
Expert Judiciaire Auprès des Tribunaux
de Casablanca

للدكتور لأحمد للبلدي
طب عام
طبيب سابق بأقسام المستعجلات
خبير قضائي لدى محاكم
الدار البيضاء

Le, 24 JUIN 2023

ORDONNANCE

HEROCAFE Released.

27.06.2023
SANTORI BOOPH AL 9
28cl 2x 
49,00
Pain 10 gres 
19,11 le mat 
69,00
Kalcua ver 
-
28.80
Codacur al 
Lotissement TISSIR N°207 Mediouna
CS 00088 12 34 15
Dr. El BALDI
Médecine Générale
Télé : 06 68 12 34 15
Fax : 05 22 33 89 85 - ICE : 002252941000069 - PATENTE : 37700169
223.80



تجزنة التيسير 207، مدينة 207 تجزنة التيسير 207، مدينة 207

GSM : 06 68 12 34 15 - Fix : 05 22 33 89 85 - ICE : 002252941000069 - PATENTE : 37700169