

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

Nº W21-620140

197257

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 2813

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJLANE SAADIA

Date de naissance : 11/19/93

Adresse :

Tél. : 0661312312

Total des frais engagés : 337

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL ALEM EL ALMI
Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1
Dar Bouazza Casablanca
ICE : 00217783500049

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/12/2014

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº W21-620140

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
21/07/2017	Prise en charge		300 DT 500 DT	INP 10010087 ALMA 15 Rue Casablanca BP 5000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATLANTIC TAMARIS Ras Bab Salam Impr A MO 2 Dar Bouazza Nouaceur Casablanca Tel : +212 520 47 14 14	12.02.24	37,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, 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 $\begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \end{array}$ D $\frac{\rule{0.5cm}{0pt}}$ G $\begin{array}{r} 21432552 \\ 00000000 \end{array}$ $\begin{array}{r} 35533411 \\ 00000000 \end{array}$ B $\frac{\rule{0.5cm}{0pt}}$ $\begin{array}{r} 11433553 \\ 00000000 \end{array}$			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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 Alem El Almi

CARDIOLOGUE

MAU DIE DU COEUR ET DES VAISSEAUX

Ancien Assistant Étranger à la Clinique Cardiologique

de la Faculté de Médecine de Montpellier - France



الدكتور العالم العالمي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

أستاذ مساعد سابق بمصحة القلب

بكلية الطب بمونبولي - فرنسا

Casablanca Le : الدار البيضاء في :

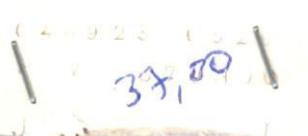
Name : ~~ABDULLAH~~

Régime pour elle :

1) Initial 5mg 

soit 1/2 mg

3 fois



2) Midi = 1mg 

Bis quotidien

Dr. EL ALEM EL ALMI
Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1
Dar Bouazza Casablanca
TCE : 002127783500049

PHARMACIE ATLANTIC TAMARIS
Rés Bab Salam, 10m A MO 2
Dar Bouazza, Nouaceur
Casablanca

Tel : +212520471414

15, Lotissement Ansari, Dar Bouazza - Casablanca. - الدار البيضاء - تجزئة سكنية أنصارى دار بوعزة

Tel : 05 22 29 29 15 / 06 61 65 62 18 - هاتف : E-mail : docteurelalmi@gmail.com - بريد الالكتروني :