

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 d'assurance ALD et ALC - 10000 Casablanca - Maroc - Tél : 0522 22 22 22 - Fax : 0522 22 29 18 - www.mupras.ma

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
50022

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Veuve MEGDICH Ichbihi**

Date de naissance : **1937**

Adresse :

Tél. : **06 61 23 27 03** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	25533412 00000000	21433552 00000000
		D	00000000 35533411	00000000 11433553
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

Signature du praticien		VISA et cachet du praticien attestant l'exécution
------------------------	--	---

VOLET ADHERENT	NOM : <i>Venice Negdeh Kebira</i>	Mme 5022
DECLARATION N° P 17 / 0065190		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<i>07/11/19</i>	<i>981,30</i>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 5022	<i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom : <i>Venice Negdeh Kebira</i>			
Fonction	Sous	Phones <i>06.61.27.22.03</i>	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	<i>Kébira</i>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>22 ans</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Troubles</i>		<i>Névrotiques</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>2/10/19</i>		<i>23</i>	<i>300,00</i>
PHARMACIE	Date <i>07/10/19</i>		
Montant de la facture			
<i>681,30</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		<i>CACHET</i>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		<i>CACHET</i>	

*DR. MEHDADI M'BAREK
33, RUE EL HACHATE
100233 CASABLANCA
Tél/Fax: 02 21 58 40 57*

*PHARMACIE FADIL
DR. HIND FADIL
19, Rue Farhat Hached
Casablanca
Tél/Fax: 02 21 58 40 57*

Docteur MEHDAOUI M'barek

NEURO-PSYCHIATRE

33, Rue Yemen - Angle Bd. du 11 Janvier
(Ex. Rue Soldat Jouvence)

Téléphone : 0522 31 64 25 / 0522 45 06 45
CASABLANCA

الدكتور مهداوي مبارك

إختصاصي في الأمراض العقلية والنفسية

زنقة اليمن - زاوية شارع 11 ينابر

(زنقة الجندي جوفانسيل سابق)

الهاتف : 0522 45 06 45 / 0522 31 64 25

الدار البيضاء

Casablanca, le 07/10/19 الدار البيضاء، في

Laaydar Kébira

47.50x3 Anafraim 25 S.V n° 2756

1 comp. le soir

36.70x8 auxiel S.V n° 2757
1/4 comp matin et soir

Zopislot S.V n° 2758 le soir
1 comp.

Ondes S.V le matin

1 comp.

Doliprane 500

1 comp

S.V le soir

10.30x4

Traitemen

3 mois 681,30

Dr. MEHDAOUI M'BAREK
NEUROPSYCHIATRE
33, Rue Yemen CASA
Tel: 0522 31 64 25 / 0522 45 06 45

LOT : M0088
EXP : DEC 2022
PPV : 47,90 DH

LOT : M0088
EXP : DEC 2022
PPV : 47,90 DH

LOT : M0088
EXP : DEC 2022
PPV : 47,90 DH



LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

LOT 181278
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

PPV : 45,00

LOT :

PER :

PPV:10DH30
PER:12/21
LOT:H2784

PPV:10DH30
PER:12/21
LOT:H2784

PPV:10DH30
PER:12/21
LOT:H2784

