

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 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° W19-497560

Just

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		23286	
Matricule : 5015		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : SALAM		<input type="checkbox"/> Autre : LAHCEA	
Date de naissance :		Télé. : 066 705 32 79	
Adresse :		Total des frais engagés : 143304 DHS	
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 06/12/2020		Nom et prénom du malade : Zouhairi Fentissa Age :	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même		<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 12/01/2020 Le : 06/12/2020
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-497560

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

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
06/12/09			1000	INP : 100126166 Médécin : NAJA Colposcopie - Radiographie - Bd Mohamed V - Stérilité - Berrachid

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Abdelhamid BERRACHID Pharmacien Biologiste	06/12/09		83,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
<				

Dr. Najat Riblaoui
Ancienne Medecin des Hôpitaux de France
Echographie
Colposcopie
Stérilité
Infertilité

20, Bd. Mohamed V - Berrechid
Tél. : 05 22 33 70 61

الدكتورة ريبلاوي نجاة
طبيبة سابقاً بمستشفيات فرنسا
الفحص بالصدى
المذار لعنق الرحم
العقم

20 شارع محمد الخامس - برشيد
الهاتف : 05 22 33 70 61

N. ZOWARI
Fatima

ORDONNANCE

06/04/19

- facteur Rhumatoïde
- VS
- Vit D

LABORATOIRE CENTRALE
BERRECHID
Dr Abdellah M. NWAZI
Pharmacien Biologiste
1, Avenue Mohamed V, Dar Bouazza
Sous le Préfeture de Police

Dr RIBLAOUI NAJAT
Médecine - Echographie
Colposcopie - Stérilité
20 Bd Mohamed V - Berrechid

Dr. Riblaoui najat

Date du prélèvement : 06/12/19

Dossier édité le : 07/12/2019

Code Patient : 78079



Mme ZOUARI FATIMA

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

061219 064

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

VITESSE DE SEDIMENTATION

Automate (VACUETTE)

1 ère heure.....	: 16	mm	< à 10
2 ème heure.....	: 27	mm	< à 20

FACTEURS RHUMATOIDES

Valeurs de référence

Antécédents

FACTEUR RHUMATOIDE : 8,80 UI/ml < à 25

Tech ELISA sur automate ALEGRIA

: Négatif

VITAMINES

MAGLUMI 2000

Valeurs de référence

Antécédents

VITAMINES D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D)

Résultat : 6,10 ng/ml
 Soit : 15,25 nmol/l

Interprétation :

Carence	: < à 10	ng/ml
Insuffisant	: 10 - 29	ng/ml
Normal	: 30 - 100	ng/ml
Toxicité	: > à 100	ng/ml

Signature : ...
 Avenue Mohamed V, Dar Hakami derrière la Préfecture de Police
 Date : 05/12/2019

FACTURE N° : 19009126

BERRECHID : 06/12/2019

Nom et Prénom ... : Madame FATIMA ZOUARI

Prescripteur : Dr. Riblaoui najat

Bilan :

VS B30+ FR B100+ VITD B300+

Montant Net : 483,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Quatre cent quatre-vingt trois Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRAL MEDICALESERRAZI
Dr Abdellah HAWAZINE
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990