

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° W19-493794

Nasir

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 23290	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8659	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : NAOUR ALA BEN ALLAH			
Date de naissance :	01/04/1969		
Adresse :	Rue Jb 252 Benziz C APP. 02 C2850212		
Tél. :	06/450263	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Sa conjointe <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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-493794
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

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Lycéum 319, Bd. Moulay Youssef CASABLANCA Tel/Fax: 05 24 27 62	06/02/2023	28,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
1294	1998		

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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

ORDONNANCE

Casa , le : 06/08/2020

20,50 Khiadje Ait Ledjew

↓
Otofa

(S.V)

1 goutte x 4 / J

Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03
EL ALLALI Naoual

Dokter
Dr. El HADJ
El MEZIANI
Urgences
Casablanca

፳፻፲፭ ዓ.ም ተጠና ተስፋ ማኅበር ቤት ዓ.ም

፩፻፲፭ ዓ.ም. በ፩፻፲፭ ዓ.ም. ተ.፩፻፲፭ ዓ.ም. - ፩፻፲፭

۸۷

સાહિત્ય-કાર્યક્રમની પુનર્ભવી ०१

一一

સ્વરૂપ

לעומת מילון עברי-אנגלית.

— תְּמִימָנָה וְתַּחֲזִיקָה בְּעֵדוֹתָיו וְבְמִזְרָחָיו.

1. **אֶלְעָזָר** בָּנֵי יִשְׂרָאֵל וְבָנֵי יִשְׂרָאֵל
בְּנֵי יִשְׂרָאֵל וְבָנֵי יִשְׂרָאֵל וְבָנֵי יִשְׂרָאֵל

Digitized by srujanika@gmail.com

॥੩੦੯॥

יִלְעָד כוֹנָךְ

၁၃၂၁။ မြန်မာနိုင်ငံ၏ ပြည်သူ့ အမြတ်ဆင့် ဖြစ်ခဲ့သော အကျဉ်းချုပ်များ

፩፻፲፭

וְאֵלֶיךָ יִתְהַגֵּן כִּי־בְּעֵד־נֶאֱמָן תִּהְיֶה לְפָנָיו וְאֵלֶיךָ יִתְהַגֵּן כִּי־בְּעֵד־נֶאֱמָן תִּהְיֶה לְפָנָיו

[View Details](#)

मन्त्रिमंडळ :

(ప్రార్థి చేసి చూసుకోవాలి అన్నిటి)

Digitized by srujanika@gmail.com

(ବ୍ୟାକରଣ ପତ୍ର ମିଳିବାରେ ଜାଗନ୍ନାଥ)

(תְּמִימָנָה? (תְּמִימָנָה? (תְּמִימָנָה? (תְּמִימָנָה?)

ମୁଖ୍ୟ :

1

၁၆