

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Education :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 P19- 046569

Optique ND: 85530 Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2638 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAMRANI HASSANE

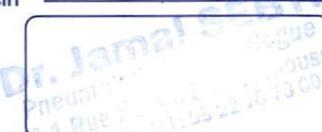
Date de naissance :

Adresse : HAY ALQADS R' EL FAJR IM "G" N°52 Dernoussi

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/03/2008

Nom et prénom du malade : LAMRANI Hassane Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Géres, hypertension

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-046569

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
17/03/2020	U3		250,00 DH	DR. MOUSSI
				3

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	PHARMACIE GHOTFRANE Boulevard de la Gare Bloc "C" Rue 2 N° 116 At Qods - Bernoussi Tél.: 022.73.26.31 Casa 887,50
---	------	---

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

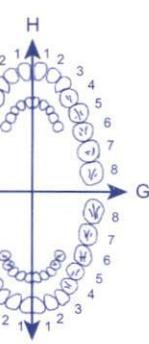
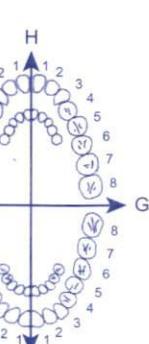
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $ <p style="text-align: center;">H G</p> <p style="text-align: center;">D B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Jamal SEBTI

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Tuberculose - Asthme et Allergies Respiratoires
Ex. Médecin Chef Provincial du CDST
à BERNOUSSI
(Radiographie - Bronchoscopie - EFR)
Adultes - Enfants

الدكتور جمال السبتي

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى
داء السل - الضيقه - أمراض الحساسيات
طبيب رئيسي سابق لمركز محاربة داء السل
بعملة البرنوصي
الفحص بالأشعة - الفحص بالمنظار
فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

17/03/2020

LAMRANI KENZA

90,50x3

1 - Xyzall cp

1 cp le soir x 3 mois.

1/j

2 - Budéna susp.p.instill.nasale

2 pulvérisations par narine par jour, le matin, pendant 3 mois

1/j

185,00 3 - Saflu 250

2 bouffées x 2/j x 3 mois.

1/j

40,00 4 - Isolone cp efferv. 20 mg

2 cp matin x 08 jours

1/j

93,00 5 - Soclav 1g (Bte 12) N°2

1 sachet x 3/j x 6 j.

1/j

887,50

Tel.: 022.73.26.31 - Casab
AI Qods - Bernoussi
Bloc "C" Rue 2 N° 116
PHARMACIE GHOFRAINE

LOT 192546
EXP. 10.2021
PPV 40.00 DH

LOT 192542 1
EXP 11.2023
PPV 90 50

LOT 192542 1
EXP 11.2023
PPV 90 50

93,00

LOT 191998 2

EXP. 09.2023
PPV 90 50

LOT: GB91435
PER: 07/2022
PPV: 185 DH 0

LOT: 0036N011
EXP: 03/2021
PPV: 149DH00

LOT: 0036N011
EXP: 03/2021
PPV: 149DH00