

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.

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.

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.

Prothèse 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

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° P19- 046569

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2638 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMRANI HASSANE

Date de naissance :

Adresse : HAY OUDS R EL FAJR IM'E N°52
Benroussi

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/03/2020

Nom et prénom du malade : LAMRANI Kenza Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Genes Kyn + Re - le

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 : 17/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :

RELEVÉ 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			250,00 JAL	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Podiatre	Date	PHARMACIE GHOFRANE
PHARMACIE GHOFRANE Bloc "C" Rue 2 N° 116 Al Qods - Bernoussi Tél.: 022.73.26.31- Casa	17/03/2020	Bloc "C" Rue 2 N° 116 Al Qods - Bernoussi Tél.: 022.73.26.31- Casa 887,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

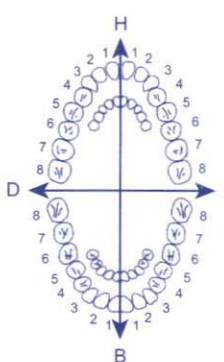
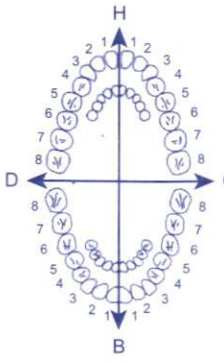
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

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 التنفسي
داء السل - الضيقة - أمراض الحساسيات
طبيب رئيسي سابق لمركز محاربة داء السل
بعمالة البرنوصي
الفحص بالأشعة - الفحص بالمنظار
فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : في : الدار البيضاء

17/03/2020

LAMRANI KENZA

90,50x3

1 - Xyzall cp

1 cp le soir x 3 mois.

2x149,00

2 - Budéna susp.p.instill.nasale

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

185,00

3 - Saflu 250

2 bouffées x 2/j x 3 mois.

40,00

4 - Isolone cp efferv. 20 mg

2 cp matin x 08 jours

93,00

5 - Soclav 1g (Bte 12) N°2

1 sachet x 3/j x 6 j.

889,50

PHARMACIE GHOFRAANE
Bloc "C" Rue 2 N° 116
Al Qods - Bernoussi
Tél.: 022.73.26.31 - Casa

LOT 192546
EXP. 10 2021
PPV 40.00 DH

LOT 192542 1
~~90,50~~
EXP 11. 2023
PPV 90 50

LOT 192542 1
~~90,50~~
EXP 11. 2023
PPV 90 50

93,00

LOT 191998 2
EXP. 09 2023
PPV ~~90,50~~ 90 50

LOT: GB91435
PER: 07/2022
PPV: 185 DH 00

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

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

191 035 13 30
VLOED - Belding
8100 10 110 5 N 100
SHAKWACIE OHOEYUVE