

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

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.

Soins dentaires :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 47 80

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KRODARI KATIUA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-038592

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL TOUJOUR 5 place 16 Av Juillane 56130 ORLÉANS Docteur Faïk JAWAD Tél: 05 22 38 05 30	18/02/20	B.70	77.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

SE 7000

* 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS

O.D.F	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LABORATOIRE EL JOULANE
D'ANALYSES MEDICALES

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste



مختبر الجولان
للتحاليلات الطبية

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحاليلات الطبية

Facture n° 113849

CASABLANCA LE : 18/02/2020

Analyses effectuées le: 18/02/2020

Pour.....: Mme KHOUDARI FATNA

Sur prescription du: Dr RIFKY A

Code.....: 04IB7318



Organisme.....:

Bilan:

CREAT=B40 PROTU=B30

Cotation : (B 70)

Montant Net : 77.00 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 77.00 Dhs

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur Tarik Jawad
5 Bloc 16 Av. Joulane Sidi Othmane
Tel: 05 22 38 05 30

LABORATOIRE EL JOULANE D'ANALYSES MEDICALES

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste



مختبر الجولان للتحاليلات الطبية

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحاليلات الطبية

Prélèvement du : 18/02/2020
Edition du : 19/02/2020
Référence: 0BRI05418

Mme KHOUDARI FATNA

Code Patient 04IB7318



Médecin: Dr. RIFKY A

EXAMENS DE SANG

BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Créatinine..... : 20	mg/l	(6 à 11)	13 (13/01/20)

EXAMENS DES URINES

BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Diurèse..... : 1060 ml/24h (Sous réserve d'un bon receuil urinaire)			

Protéinurie..... : 550 mg/l
Soit: 583 mg/24h
(10 à 140)

(NB : Résultat Retiré)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
DOCTEUR TARIK Jawad
S. BLOC 16 AV. El Joulane Sidi Othmane
Tél : 05 22 38 05 30