

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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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- 065338

Optique ND: 97433 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10 351

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : C.HAÏR Zitouni

Date de naissance : 01 - 01 - 1955

Adresse : no 113 Rue 20 Ksor Blan

C.D CASABLANCA

Tél. : 06 78 20 48 41 Total des frais engagés : 215,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/03/2020

Nom et prénom du malade : C.HAÏR HAMOUDI 104411 Age:

Lien de parenté :

Fils Fille Conjoint

Nature de la maladie :

Expertise Assermentation Conjoint

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Enfant Adulte Majeur Mineur

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/03/2020

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-065338

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 : 10 351

Nom de l'adhérent(e) : C.HAÏR

Total des frais engagés : 215,10 Dhs

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
14/03/2020	C	120,00		MURNOHAMMED HAMOUD DE LA CLASSEMENT DATE : 19 NOVEMBRE TEL. : 0612115300.

Cahier du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU VILLAGE 14000 PARIS TÉL : 01 43 82 20 00 M. BERNARD	14/03/2020	95,10

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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Mohamed Hamoumi

Médecine Générale

Expert Assermenté près

les tribunaux

Jamila 2 Rue 19 N° 19

Cité El Jamaa Casablanca

Tél : .0612 .11 .55 .00

الدكتور محمد حموي

الطب العام

خبير محفوظ لدى المحاكم

19 الزنقة 19 جميلة 2

قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف: 00. 0612 .11 .53 .00

GSM :0666.26.58.40

Casablanca Tel: 0612 11 03 / 06 26 الدار البيضاء في :

59,30

CHAIR ZITOUNI

15

LOT PER 09/09 PPV 59DH30 | 59,30

10,30

DOCTEUR MOHAMMED HAMOUMI
MEDECINE GENERALE
EXPERT ASSEMENTÉ
JAMILA 2 RUE 19 N° 19 C.D.
CASABLANCA TEL: 0612 11 53 00

25

parfum Oud G

15

PPV 10DH30
PER 09/12/22
LOT 11947 | 10,30

105,10

DOCTEUR MOHAMMED HAMOUMI
MEDECINE GENERALE
EXPERT ASSEMENTÉ
JAMILA 2 RUE 19 N° 19 C.D.
CASABLANCA TEL: 0612 11 53 00

15

PPV (DH) : 25,80

PHARMACEUTIQUE
DR BELAL AMI
N° 15 CASA
RUE 19 N° 15
TEL: 0522 386676