

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 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- 067757

ND: 30318

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4726

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-067757

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 :

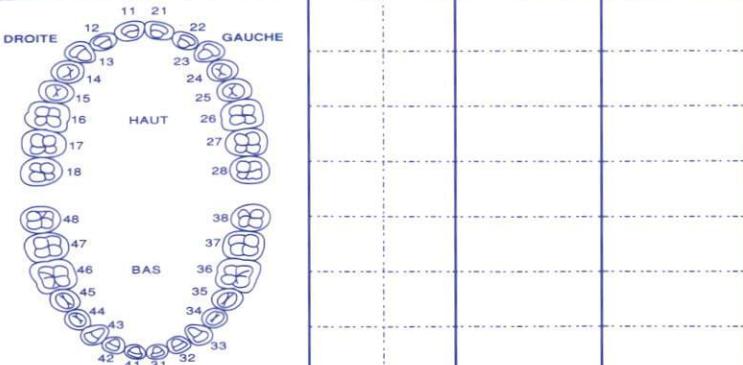
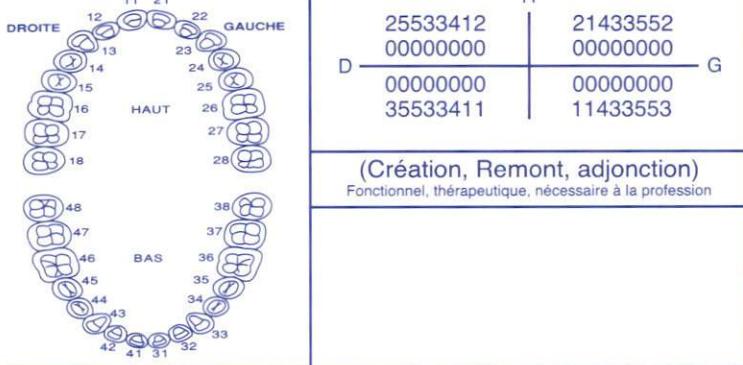
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>25533412 00000000</th> <th>21433552 00000000</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G		D	25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000	00000000			35533411	11433553	
H		G																			
D	25533412 00000000	21433552 00000000	G																		
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 4726																			
Nom & Prénom		<i>Bensabebi El Hafid Hiba</i>																			
Fonction		<i>Retraité</i>																			
Mail		<i>bensabebi.hiba@gmail.com</i>																			
MEDECIN	Prénom du patient																				
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age																					
Nature de la maladie																					
<i>Atteint respiratoire</i>																					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>C2</i></td> <td></td> <td><i># 350,00</i></td> </tr> </tbody> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<i>C2</i>		<i># 350,00</i>													
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																			
<i>C2</i>		<i># 350,00</i>																			
PHARMACIE	Date																				
<i>30.5.20</i>																					
Montant de la facture																					
<i>650,32</i>																					
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date																					
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires																			
CACHET																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AUXILIAIRES MEDICAUX</th> <th>Date</th> </tr> <tr> <th colspan="4"></th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			AUXILIAIRES MEDICAUX				Date					Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
AUXILIAIRES MEDICAUX				Date																	
				Montant détaillé des Honoraires																	
AM	PC	IM	IV																		
CACHET																					

Docteur NAJI Nawel-Sophie

Immuno-allergologue

Asthme, eczéma de contact

Rhino-conjonctivites allergiques

Allergies alimentaires et médicamenteuses

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

Consultations sur rendez-vous



الدكتورة نجي نوال صوفي

الخصائية في أمراض الحساسية

مرض الروبو - كزيمية

حساسية الأنف و العين

الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب ببوردو

طبيبة اختصاصية بمستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

Fihali Hinda



Lege nez yéhin et Soir

30.05.2020



Ikhlaas

9000

++

Lege nez yéhin et Soir

38.80

Exonuc Sachet

71.40

MIFIAZONE 200

23.50

Broncotee

get

OREOLOX

107.10

(ou OROKEN)

650,30



Ikhlaas

Lege matin et Soir 3 semaines

Ikhlaas

Lege matin et Soir 5 jours

Ikhlaas

Lege matin et Soir 7 jours

Ikhlaas

Ikhlaas

Ikhlaas

Ikhlaas

48, Rue SOCRATE (Niveau stade d'honneur, face CNSS)
Marrakech extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

Médecin absent le jeudi

طبيب غير موجود يوم الخميس

BRONCOTEC® 12 µg
60 gélules pour inhalation



6 118001 250851



6 118001 030255
MIFLASONE® 200 µg
Poudre pour
inhalation en gélule
PPV: 71.40 DH

93 182 672 A

MUXOL® 
Ambroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebââ Casablanca
Orelox 100mg b10 cp pel
P.P.V: 107,10 DH

6 118001 080601

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebââ Casablanca
Orelox 100mg b10 cp pel
P.P.V: 107,10 DH

6 118001 080601



3 331300 097214 >

LOT

FE9197
M: 2019/07
2022/07

