

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.

Prothétique :

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- 052086

ND:38082

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKAABOUNE NAOUAL

Date de naissance :

12-04-1975

Adresse :

40. Bd de Bordeaux, etg 6, CASA

Tél. : 0661136540

Total des frais engagés : 384,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AKAABOUNE RYAN Ned Age: 15 ans

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 : CASA

Le : 06/07/20

Signature de l'adhérent(e) :



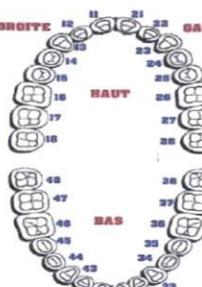
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des  Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution |
|--|---|---|--|--|---|
| DROITE | GAUCHE | | | | |
| 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 | | | | |
| 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 | | | | |
| 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 | | | | |
| 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 | | | | |
| 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 | | | | |
| 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | |
| DROITE | GAUCHE | H | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | G |
| D | D | D | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | |

VOLET ADHERENT NOM :

DECLARATION N° W18-400755

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



W18-400755

DATE DE DEPOT

/201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 10370

Nom & Prénom AKAABOVNE NAOUAL

Fonction : XPN Phones 0661136540

Mail achafei.a@gmail.com

MEDECIN Prénom du patient C.HAFEI RYAN

Adhérent Conjoint Enfant Age 15 Ans Date 16/07/20

Nature de la maladie

VACCINS.

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

6 250

PHARMACIE Date 17/06/20

Montant de la facture

136.00

Dr. Abdellah Zakir
Pédiatre
N° 19, Bd Ain aquilat le 7ème App. N° 1 - Casablanca
Tél: 02 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 99
GSM : 06 61 14 45 00
PHARMACIE DES MARINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

دكتور عبد الحكيم زكير

Doctor Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hôpitalier

des Hôpitaux de France

Diplômé en Réanimation Néo-Natale

Diplômé en Médecine Foetale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Tetraimax inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 134,60 DH



لبيات فرنسا
ي ب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

CHAFEI RAYANE med

Casablanca, le : 17/10/2012

134,00 DH

Tetraimax



13, Bd. Aïn Taoujtate (en face Clinique Badr) Rés. ILLIAS 1er étage, App. N°1 - Bourgogne
Casablanca - Tél.: 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94 - Portable : 06 61 14 45 00

E-mail : abdelhakzakir@gmail.com