

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.

Radiologie 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.

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-551839

35340

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10443</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SAADI RACHID</u>			
Date de naissance : <u>08/07/1973</u>			
Adresse : <u>HAY INARA II RUES N°42</u>			
Tél. : <u>0665304018</u>			Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>19/07/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>RAAD YASIRI MEZ</u>			
Age: <u>22</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Vaccin</u>			
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : SAADI

Le : 19/07/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-551839
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 : <u>10443</u>	
Nom de l'adhérent(e) : <u>SAADI</u>	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt : <u>19/07/2020</u>	

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
15/07/2025	CS	1	250.	INP :  

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Naim AL Naimi Pharmacie AL NAIMI CARAIBIS 21-923 Bd. 2 Mars P. 0522 3	11/11/20	326,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates the 3D structure of the human genome as a double helix. The structure is composed of two intertwined strands, each represented by a series of numbered segments. The segments are labeled with numbers 1 through 8, arranged in a repeating pattern along the strands. Arrows at the ends of the segments indicate the direction of the helix's twist. The entire structure is centered around a vertical axis labeled 'H' at the top, with a horizontal axis labeled 'C' at the bottom right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لحلو

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إخصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استراßبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le

15/7/20

الدار البيضاء، في

Sanchi Yasmine

139,20

Ronan

139,20

186,90

Hana

صيدلية الإنارة

Pharmacie ALINARA

Mme LARABI SOUDI Naima

Docteur En Pharmacie

921-923 Bd. 2 Mars - Casablanca

Tél: 0522 21 40 32/33

326,10

Dr. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP : 91088930
903, Av.2 Mars Casablanca
Tel: 05 22 52 62 63

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 139,20 DH
ID : 644411R2
6 118001 140823

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 186,90 DH
ID : 644409
6 118001 140619

06.61.19.62.60 - 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المحمول : 05.22.52.62.63 - 903، شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

- INP 91088930 -