

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-540245

ND 36795

| | | | |
|--|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | Société : | |
| Matricole : 5145 | | SOCIÉTÉ : RAM | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BENABDALLAH JAMAL | | Date de naissance : 25.04.62 | |
| Adresse : 225 Rue ABOU ZAID DADOURI MAARIF | | Tél. : 0691510773 Total des frais engagés : 400,00 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| M'hamed E. HRAICHI Chirurgien nd. 22 83 36 22 | | | |
| Date de consultation : 22/05/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : BERRADA Gouzi SAMIRA Age : 57 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Célectomie Gauches | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 AOUT 2020 | | | |
| 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
Signature de l'adhérent(e) : /s/

Le : 06-05-2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/05/20 | C.S. | | G | INP 1091053977 67, Bd MVR 0522833622 Tel. 05 22 83 36 22 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE KARLI | 25/5/20 | 400,- |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

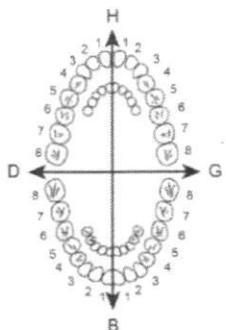
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

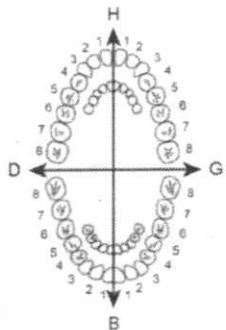
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

CLINIQUE LINA
SIDI MAAROUF

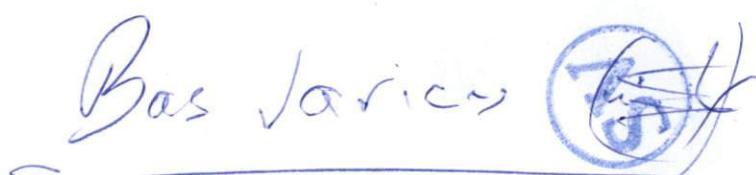


مصحة لينا
سيدي معروف

Casablanca , Le

Docteur :

BERRADA bouzi SAITRA

UOO, - Bas Jarico  

PHARMACIE KABLI
Lot Faraj 126 Sidi Maârouf
Casablanca
Tél.: 0522 97 32 93

M'hamed EL KRAICHI
Chirurgien
87, Bd Driss 1er
Tél: 0522 03 36 22

Dr. Mohammed KABBAJ
Anesthésie- Réanimation
147, Lotissement Lina - Sidi Maârouf
Clinique LINA - Casablanca

URGENCES 24H/24H

S.A.R.L au Capital de 1.500.000,00 Dhs

Patente : 37982364 - I.F.: 40166328 - C.N.S. : 1513 - R.C : 438797 - I.C.E : 001644659000031

147, Lotissement Lina. Sidi Maârouf - Casablanca - Maroc - Tél / Fax: 05 22 97 74 00

E-mail : info@clinique-lina.com

- distance between the stocking and the electro-surgical knife of at least 10 cm to ensure there is no risk of the stocking igniting in case of fire;
- insulation of the patient from the operating table using conventional procedures (the stocking is not in itself an insulating material and must not therefore be used for this purpose);
- during monopolar use of the knife, the neutral electrode must not touch the stocking.

Réf. 58150220400022

ASQUAL N° : CQ 16-41274



(01)03401060264819(10)1078996



Ref Art : 58150220400022



THUASNE SAS
120, rue Marius Aufan - CS 10032
92309 Levallois Perret Cedex - FRANCE
www.thuasne.com

SOCIÉTÉ FRANÇAISE depuis 1847

Année d'apposition du marquage CE : 2003

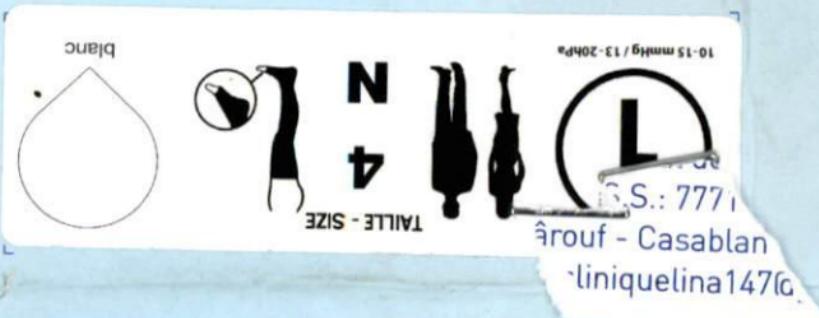
PENSEZ
AU TRI !



sachet plastique à jeter
étau carton à recycler
CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT
> WWW.CONSIGNESDETRI.FR
Valable uniquement pour la France



MIXTE
Emballage issu de
sources responsables
FSC® C095159



VENOFLEX CLINIC ANTI STASE



Ref. 6428306 (date révision pack : octobre 2017)