

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.

Pathologie 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

Reclamation : 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.

JPRAS : 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° W19-587443

N.D: 50862

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 12 722 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Younes Darmal

Date de naissance : 11/31/1980

Adresse : 20 lotissement Fath 2, 1^{er} étage, sidi Maârouf

Tél. : 06 18 83 27 40 Total des frais engagés : 706,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
54 Rue SOKRITÉ Ressabah
Maârif - Casablanca
Tel: 05 22 88 03 46

Date de consultation : 30/11/2020, Nom et prénom du malade : Darmal Shams

Lien de parenté : Lui-même Compagnon, 7120 Enfant

Nature de la maladie : Amaurose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident de la route

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 Le : 30/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01.11.20	Cz	1	250	INP : 111111111111chca En date du 05/05/2023 Signature : Maafri - 05 22 03 46 Signature : 05 22 03 46

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
me BARTAL FATIMA pharmacie Acharaf Rue Socrate - Maârif Téboula - Tél : 0522 25 22 09	30/11/2023	456,95

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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.																		
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
						Coefficient des travaux <input type="text"/>												
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
	ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	H	35533411	D	00000000	B	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		H	21433552															
		D	00000000															
		B	00000000															
H		35533411																
D		00000000																
B		11433553																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

Dr . El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

خصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 30.11.2022

Dr. EL BENNA
PEDIATRE
54 Rue Socrate - SABAH
Maârif - Casablanca
Tel: 0522 25 22 09

870,00

- Vanille

186,90

- Henri

456,90

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tel : 0522 25 22 09

Dr. EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
54 Rue Socrate - SABAH
Maârif - Casablanca
Tel : 0522 25 03 46

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

VARIVAX®
poudre et solvant pour suspension injectable,
flacon unitaire (0,5ml après reconstitution) flacon unitaire
P.P.V. : 364,00 DH
N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160686