

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-537204

ND: 53255

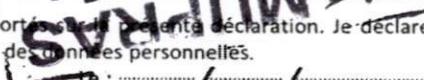
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12563 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN RIYENE JALAL			
Date de naissance : 23/10/1984			
Adresse : n° 4, Rue 52, oulfa - CASABLANCA			
Tél. : 0662 651645 Total des frais engagés : 1024,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	D. RAHIM LARBI SPÉIALISTE EN DERMATO VÉNEROLOGIE CHIRURGIE CUTANÉE - COSMETOLOGIE 61, AVENUE DES F.A.R - CASABLANCA TEL. : 022.44.10.11 12 DEC 2020
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	BEN RIYENE JALAL
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	DE
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	7
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 dans cette déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



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
11.2 DEC 2020	CV	1	300.00 HTA	INP : 091121235978 D ^r . RAHIM SPECIALISTE EN CHIRURGIE 61 A

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411 11433553	G	00000000	00000000
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B		35533411 11433553													
	G	00000000	00000000													
	[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 <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Dr. RAHIM Larbi

Dermato-Venerologue
Lauréat de la faculté de médecine
de Montpellier

Spécialiste des maladies de la peau
Ongles, cuir chevelu, chirurgie
dermatologique et Cosmétologie

الدكتور رحيم العربي

اختصاصي في الأمراض الجلدية

خريج كلية الطب بمونبلي

أمراض الجلد والأظافر وجد الشعر

وجريدة الجلد والتجميل

Berjane

Jelal

Casablanca le : 12 DEC 2019 الدار البيضاء في :

LOT: 08220016
PER: 05/2025
PPV: 49,00 DH

49,00 x 2
1/ Mycose : Poult



22,70 x 2
2/ Barytine : Insecte



205,00

3/ Dystomie : virus



233,50 4/ Examens : gel Martart



Toilett du 6/

142,50 5/ Capil : Shampooing
2 fisi / Maroc



pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL
AZEMOUR Res Terrasses Marins
Dar Bouazza - Casablanca
Tél. 05.22.29.10.87

TF 224,40

261032L/3

12 2019

12 2021

PPV: 205,00 Dhs

AMM: 404/17DMP/21NNP

05 22 44 10 11 - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 61, Avenue des Forces Armées Royales (A côté de la pharmacie Marhaba) - Casablanca - Tél./ Fax : 05 22 44 10 11