

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

137314

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005788

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2031

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Veuve

2.3.57

Nom & Prénom : DINA BENAMAR

Date de naissance :

Adresse : 64, Rue I mam Al Harounin Fakir

Tél. : 0669 373031 Total des frais engagés : 303,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DINA BENAMAR Age: 2357

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 : Casablanca

Le : 29.10.2022

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Ordre de Service JAMAIS à faire sans signature</i>		323.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

P.P.V.

89 20

P.P.V.

89 20

P.P.V.

89 20

UT.AV : 0 2 4
LOT N° : FE 222

09366067/7

89,20

SOINS DENTAIRES

Tr

09366067/7

89,20

AVLOCARDYL 20MG

CP SEC B50

P.P.V.:41DH80

6 118000 01022?

Barcode

Lot n°:

EXP :

PPV :

55DH50

en de l'ODF.

Montants des soins

Debut d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000

35

Date

22/10/2022

M.

Béni Aïn Aïn Driç

DOIT

MODE DE PAIEMENT : ESPECES CHEQUE TRAITE

DATE DE REGLEMENT :

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
1	Audocadex	1	41,80
1	cardiospirine	1	27,70
1	tecophil	1	55,80
2	AR7 dor	2	89,60

Cardiospirine 100 mg/300cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

18001090280

بناور بني

Télé. 06 22 66 00 00 - Casab
Hôpital Universitaire JAMALI
Présidence Universitaires Sante

303,40

