

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *1678*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *AKHANTAN FATNA*

Date de naissance : *01.01.1944*

Adresse : *HAY EL HAWA Rue 30 Villa 11*

CP : *10000*

Tél. : *05 61 60 97 21*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *01/03/2023*

Nom et prénom du malade : *AKHANTAN FATNA*

Age : ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Douleurs Abdominales*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
05 AVR. 2023

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :
AKHANTAN FATNA

INFORMATIONS GÉNÉRALES

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
01				
03				
2023				
			500 DH	Mohamed BEN SPECIALE Medecine de l'Appareil Digestif et de la Peau (Skin) 17-01-2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HANAY Télé: 03 88 03 08 82	01/03/23	309,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D B	G	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	G
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input type="text"/>
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

ORDONNANCE

Cachet du médecin



A caha le 21.03.2023

IKHAN SAR FATHA

113,70x2

1) RauCiphe~~ts~~ 10 mg

2)

22, NO
2) INEXIUM 20 mg OP.

1)

309,5 g

~~PHARMACIE HAY EL HANA~~
~~Mme. El Hana Soumia~~
~~1, Avenue El Hana Hay El Hana~~
~~Tel: 09 22 94 07 40~~

M
Docteur Mohamed BENNANI
SPECIALISTE
des Maladies de l'Appareil
Digestif
47, Bd. Rafaï E. Néskouni
70142 TUNIS



SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir brou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR.
Boîte 14
84015DMP/Z/NRC P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

PPV: 113 DH 70

térieur.
ants.
sant pas

... 20 mg PPV: 113 DH 70

osologie
ctique à l'intérieur.
e des enfants
ne dépassant pas

الجرعة
داخل.
رجة منوية.

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. FERRU Soumia
7, Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca Tel.: 05 22 31 67 43