

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Étage 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° W21-714070

164959

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 915 Société : Ran

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : GRIRANE Reddad

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : Habituelle

Tél. : Total des frais engagés : 282,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

M. Prouique

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GRIRANE Reddad

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Glaucome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, comme pour 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

Signature de l'adhérent(e) : A.3.06.2023



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/6/2013	28280

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>0000000</td><td>0000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>0000000</td><td>0000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	0000000	0000000	G	0000000	0000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	0000000	0000000													
	G	0000000	0000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
	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

صيدلية مينو
PHARMACIE MINUIT

EL ZIZI Azzedine
Diplômé de la Faculté
de Montpellier

39, Bd de paris - Casablanca

☎ : 05 22 -27-57- 88

M. C.



FACTURE N° 30

Casablanca, le 12/06/2023

Mr CHIRANE Reda

Doit

Quantité	DESIGNATION	Prix Un .	TOTAL
1	Travatan collyre		140,10
1	Xolamol collyre		110,10
1	Muxol sirop		32,60
	Tota		282,80
	Arrivée à la prescrip. facturé à la somme de deux cent quatre vingt deux dirhams et quatre vingts centimes		



Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N°54113 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

زولامول®
Xolamol®

Lot: 240080
Fab: 12 22
Exp: 12 24

P.P.V : 110 DH 70

PPV (DH) : 32,80

LOT N° :

UT. AV. :

R.C. : 127740 - CNS :

4352 - IGR : 40302000 Patente : 35503365

ICE = 001617865000043

