

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="checkbox"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhession@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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdallah - 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° W21-653642

170347

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

552

Société :

PASH

Per Gare Tel

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abcoudé

Abcoudé bessour

Date de naissance :

1938

Adresse :

302 Bd Fakir

zouzi

Tél. :

0665181227

Total des frais engagés :

166,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Heures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IBN HAYANT TOUGARI LA GHIBARI ABOU BADR Casablanca Tunisie Badr - Bourgogne 2022-06-40-01	20/07/23	266,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

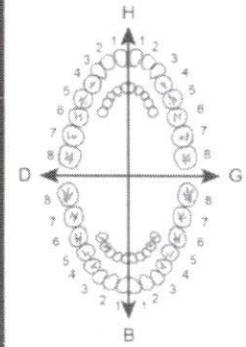
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

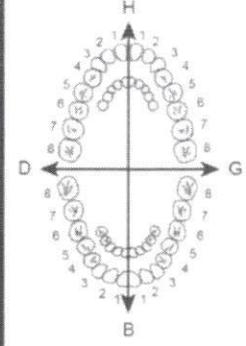


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	38533411	11433553

[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

PHI. IBN HAYANE
ZOUGARI-LAGRARI ABDESLAM
1 RUE AIT ISHAK
casablanca
 Taxe Profes. N°: 35600644
 N° R.C. : 194876
 N° ID.F. : 40503310
 N° CNSS : 1173385
 Tel : 0522264021
 Fax : 0522264021

Mr CHERRADI Abderrahmane

~~PHARMACIE IBN HAYANE~~
~~ZOUGARI-LAGRARI ABDESLAM~~
~~Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca~~
~~Tél: 0522 26 40 21~~
~~ICE : 001547302000067~~
~~Le : 20/07/2023~~

FACTURE N°: 218/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	TRAVATAN COLLYRE	140.10	140.10
1	TORVA 10 30 CP	57.80	57.80
1	CARTEOL LP 2 % 3 ML	68.80	68.80

TVA 7%: 13.67 Total : 266,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX CENT SOIXANTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

~~PHARMACIE IBN HAYANE~~
~~ZOUGARI-LAGRARI ABDESLAM~~
~~Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca~~
~~Tél: 0522 26 40 21~~
~~ICE : 001547302000067~~

LOT : 1113
 PER : 01/25
 PPV : 57,80 DH



CARTEOL LP 2%
 Collyre 3ml
 ZENITH PHARMA
 AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
 6118001270040
 PPV : 68.80 DH