

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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

Déclaration de Maladie

N° P19-0034235

NP: 31818

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 483 Société : MUPRAS RHM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN SOUNIA MOHAMED

Date de naissance : 01.01.1940

Adresse : Logement TRAMOYNE (CHERAA) RUE 2, IM 75

AL OULFA CASABLANCA.

Tél. : 05 22 89 50 77 Total des frais engagés : 319.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/05/2020

Nom et prénom du malade : BEN SOUNIA MOHAMED Age : 80 Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection urinaire

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 : 08/05/2020

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
05/05/2020	C	1 (0,04)		
15/05/2020	Cat 3b	C		
06/07/2020	Surveillance	C		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAIDI	06/07/2020	49,80
15/05/2020	8,50	372,60

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
	[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			

ORDONNANCE

Lot :
Exp :
PPV

92,50

Exp :
PPV

92,50

Le 08/05/2020

15 GENOMNA Mohamed

92,50 x 2

1) Regaflex 20mg

18

2x1

62,50 x 3

2) Misop 200mg

18

pett 1an

372,50



3x1

PHARMACIE SAIB
SAIB
El Hadj
char II
e 64

10 P 142941
EXP 12 10 2022
PPV 5-2-50

62,50

62,50

10 P 142601
EXP 12 02 2022
PPV 5-2-50

62,50

ORDONNANCE

Le 15/05/2020

de BENSONNA. Richard

1) Amyg - s.

u.s. u.s. x 2 188. a show

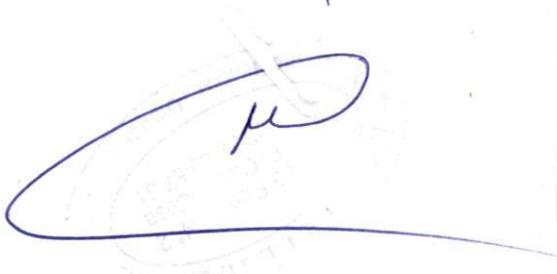


pdf 270

OH, 6H

68.6

PHARMACEUTIQUE
Zaferen, 911654
Découvert, Dossard, Gendarmerie, Gendarmerie
Casablanca, 154, Bd. Oued 22911654
SAF



ORDONNANCE

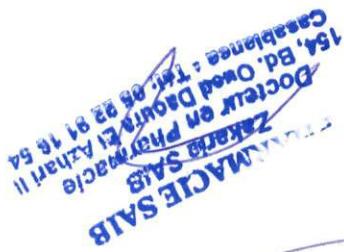


Acce... Le : 06/07/2020

M' BENSONA Mohamed

49,40

49,40 Ansp Dr. Hf. fin 49,40



49,40 Hf. fin 49,40

