

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-532097

N° D.
34534.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3208

Société :

Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENBELLAL BEN ABD

Date de naissance :

3/7/1951

Adresse :

EL ATACHAROK T 18 N° 17

Tél. :

0674873061

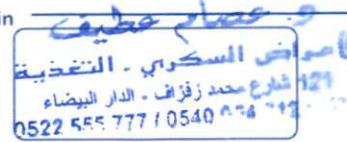
Total des frais engagés :

Base

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/07/2020

Nom et prénom du malade :

Charif Helsiba

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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 : 10/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

24/07/2020

ACCUEIL

Le : 24/07/2020

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
20/07				INP : 251962651
22/07	C		2000	
10/07	Gant		Gant	
20/07				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Farid S. S. Al-Saadi</i>	10-07-2020	552 555 777 0530 054 912 : 351.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	
11/10/2015	11/10/2015				

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																					
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																	
	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"/>																				
		ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	G		00000000	11433553	B		35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H		25533412	21433552																
		D		00000000	00000000																
G		00000000	11433553																		
B		35533411																			
[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																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عطيف عصام طبيب

طبيب مختص :
داء السكري و الحمية
السمنة و النحافة
الكوليسترون و ارتفاع
الفحص بالصدى - التخدير
الفحص الطبي لرخصة

Diabétologie - Nutrition
obésité - Maigreur
Cholestérol - HTA
Echographie - ECG
Consultation du permis de

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 50/500MP/2, 'NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V. : 437,00 DH

بالتخليص المبكر و العلاج يمكن القضاء على المرض

Casa, Le : 200 x 10

121 شارع محمد الزفاف (طريق أlassي) تجربة الطالب شقة رقم 5 ميدى مون - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 555 777 - 0540 094 912



24.000