

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.

Diagnostique 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

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



35835

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015357

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1273 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Ahmed MANSOUR Date de naissance : 01/01/49
Adresse : Lissarfa LOT Agence urbaine N°46 Casa
Tél : 0669113067 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 07.07.2020
Nom et prénom du malade : CHA LOUH Nabila 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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
12				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mine DINAR Aziza Lotissement Youssif Lot 119, Zouhar - CASABLANCA Tel: 05.22.93.26.75	le 27 07 2020	130,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
00000000	35533411	00000000	11433553																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr AMAL DALIL

Médecin Général

☎ 06 12 87 43 26

☎ 06 94 30 32 51

د. دليل أمال

طبيب عام

☎ 06 12 87 43 26

☎ 06 94 30 32 51

Casablanca, le :

22/07/22

LOT : 9MA044
PER.: 01 2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



LOT : 8MA0361
PER.: 11 2021

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



LOT : 9MA043
PER.: 01 2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



LOT : 19E001
PER.: 10 2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



IE006

P.P.V : 17DH10



9E001
0 2022

P.P.V : 17DH10



CHALOUH AMAL

(17,10 / 26) Metformin 850
1 cp x 2

14,00

Doliprane 1000
1 cp x 2

14,30

Rhi-fibrat
1 - 1

130,90



PPV: 14DH00
PER: 03/21
LOT: J886

LOT : 191604
UT AV : 10/2022
PPV : 14,30DH

PILARRETTA ASSOCIATI
Dr Amal Dinar Amal
Lotissement: Zoubir - CASABLANCA
Tél: 85.22.93.27

Dr AMAL DALIL AMAL
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
1, ABASSI ANA
Farah Salam
06 12 87 43 26

GH34 عمارة 46، شقة 1، مشروع اليسر - طابق سفلي - فرج السلام - الدار البيضاء
GH34 Appt 1, Imm 46, OP El youssef - RDC - Farah Assalam - Casablanca