

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 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

Nº P19-0035457

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule :	1962
Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : Derrdi Niloouda	
Date de naissance :	01/01/1944
Adresse :	55 hay salim à Rauznika
Tél. :	06 75 19 89 95
Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DAKIM ET ARCAZ Fournisseur Pharmacie N° 111 N° 1377451</i>		<i>123,40</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

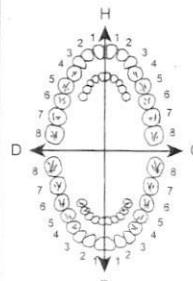
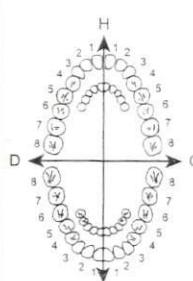
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	



PHARMACIE ZAHRA

FACTURE :

381/20

CLIENT

DERSI ELLOUDA

BOUZNIKA LE :

Désignation	Prix Unit	Qte	Prix total
- Mntesa suspension buvable	30,10	01	30,10
- Brexim Sachets	57,10	01	57,10
- Aspro 500 comprimés	17,10	01	17,10
- Baralgin 500 comprimés	17,20	01	17,20
TOTAL			123,40

PHARMACIE ZAHRA
Hakim ELARCHI
Docteur Pharmacie
Rue El Houria N° 111 N° 111
Bouznika - Tél : 037 74 51 51

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

cent vingt trois francs

Mutesa®
Suspension buvable
flacon 200 ml



A
BARALGIN M 500MG
CP PEL 820
P.P.V. 170H20
LOT: 9M012
PER: 02/2022



6 118000 170365
PROMOPHARM S.A.
Tunisie - Hôpital Sainte-Hélène - Sousse - Tunisie
الطبقة، تونس / او ازيلانج
محلية العصبة، وارشاد، موريتانيا
لكلام، من 25 درجة.

Brexin 20 mg
10 Sachets
PROMOPHARM S.A.
Tunisie - Hôpital Sainte-Hélène - Sousse - Tunisie
الطبقة، تونس / او ازيلانج
محلية العصبة، وارشاد، موريتانيا
لكلام، من 25 درجة.

6 118000 240174
Brexin 20 mg
10 Sachets
PROMOPHARM S.A.
Tunisie - Hôpital Sainte-Hélène - Sousse - Tunisie
الطبقة، تونس / او ازيلانج
محلية العصبة، وارشاد، موريتانيا
لكلام، من 25 درجة.

L C T 1 7 0 2 4
P E R J U N 2 0
P P V 5 7 D H 1 0
5710