

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0047924

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10042 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 43106
Nom & Prénom : RIAD Mohamed
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 066915351 Total des frais engagés : 30.9.2020 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. TAOUSSE Abdellah
Omnipraticien - Echographie
59 Bd. Chafai Najem Derb Moulay Cherif
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél. 022 62 30 21
Date de consultation : 17/09/2020
Nom et prénom du malade : RIAD MOHAMED Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 474
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 : 17/09/2020
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
17.09.20	G		1000	<p>Dr. TAOUSSI Abdellah</p> <p>Omnipraticien - Echographie</p> <p>59, Bd. Chafai Najem Derb Moulay Cherif</p> <p>Hay Mohammadi - Casablanca</p> <p>Tel: 022 62 30 21</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/9/2020	383,20

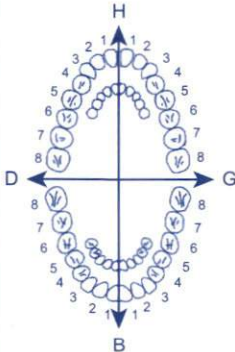
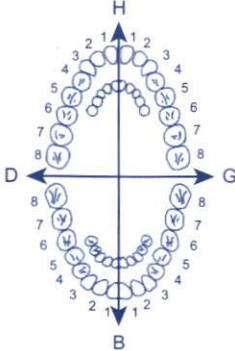
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Début d'exécution</p> <p>Fin d'exécution</p> </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p> </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> </div> </div> <p style="margin-top: 5px;">B</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. TAOUSSI Abdellah
Omnipraticien - Echographie
59, Bd. Chafai Najem Derb Moulay Cherif
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél.. 022.62.30.21

Le 17/9/20

ORDONNANCE

LIEN MOYAN



127,70
x3

Atacand 8-35
179 le me su'

T.



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir bnou al aouam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

13976DMP/21NRQ P.P.V.: 127,70 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir bnou al aouam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

13976DMP/21NRQ P.P.V.: 127,70 DH



Dr. TAOUSSI Abdellah
Omnipraticien - Echographie
59, Bd. Chafai Najem Derb Moulay Cherif
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél.. 022.62.30.21

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir bnou al aouam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

13976DMP/21NRQ P.P.V.: 127,70 DH

