

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.

Diologie 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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

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

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° P19- 045138

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094 Société : 52080

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAYADI MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0626099792 Total des frais engagés : Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2020

Nom et prénom du malade : BAYADI MUSTAFA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DR ET

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) :

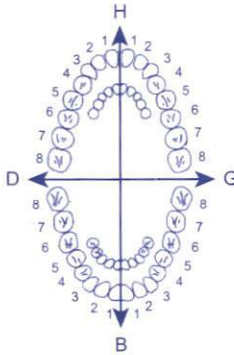
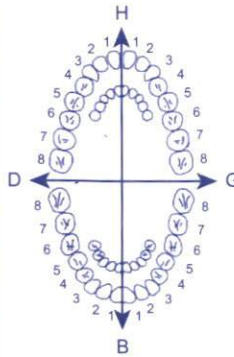
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

14, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Urgences : 0661.330.244



المستعجلات : 0661.330.244

Casablanca Le

ORDONNANCE

Mr BAYADI

ALBERT A. GLENN
MEMPHIS, TENN.

170,00 x 2

- ofiken 200

(SV)

2 Beites

7970 x 4 1 cup / 15

- A2: 2500

SV

2. 04 Bites

40,90 1 Cup / 1

- Zinastein

45 mg (SV)

 $\alpha \approx 0.1$ Butte
$$(20,10 \times 4) + (33,60 \times 3) \text{ j}$$

- Réaction 0,5 mg

(SV)

7 Books

27,20 1^2 cup | j

- Aspergic food



x 01 Baftre

56,30

1st li

91

- D. Cure 100,000

61,50

1 Amp / 15 Hz

151

00 - Mobile

SV

$$82 \overline{) 10}$$

SV



INPE: 091079459 - INPEts: 090001355 - Patente: 35802587 - CNSS: 6009345 - IF: 40804331

ICE:001658885000049 E-mail:jabraneaziz@menara.ma

7.108,00

LOT 201999
EXP 09 2023
PPV 33 60

LOT 201999
EXP 09 2023
PPV 33 60

LOT 201999
EXP 09 2023
PPV 33 60

LOT 201996
EXP 09 2023
PPV 20 10

LOT 201996
EXP 09 2023
PPV 20 10

LOT 201533
EXP 06 2023
PPV 20 10

LOT 201533
EXP 06 2023
PPV 20 10

LOT 201296 1
EXP 05 22
PPV 170.00 DH

LOT: 19E002
PER: 09 2021
ASPEGIC 500MG
SACHETS B20
P.P.V: 27DH20
6 118000 061090

PPV: 61DH50
PER: 07/23
LOT: J1970

82,10
LOT: 201533
PER: 07/23
PPV: 2010

ZINASKIN®
PPV 40DH90
EXP 07/2023
LOT 06074 16

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

LOT 201961
EXP 08 22
PPV 170.00 DH

PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J2 418

PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J2418

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2782

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2863