

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.

Bééducation :

- 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 AID et ALG

- 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'Horioge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-440683

ND: 59630

Optique Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>8562</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>KARIM</u>
Nom & Prénom : <u>BELBACHIR</u>			
Date de naissance : <u>09/02/1971</u>			
Adresse : <u>7 RUE DES PLEIADES - APP 17</u>			
<u>TONTONVILLE - CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>0663709512</u>	Total des frais engagés :		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	 
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	CASABLANCA, 23 DEC. 2020
Nom et prénom du malade :	BECHARA BELQADI
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Cohabitant <input type="checkbox"/> Accompagnant <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection de l'oreille
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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.

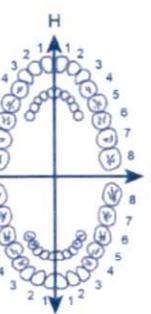
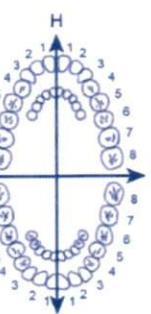
Fait à : Paris

Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : 20/10/2020

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
7-8 OCT. 2020	Ca		= 250 =	INP : 11111111111111111111111111111111 INP : 09101944444444444444444444444444

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 (List of treated teeth, e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Nature des Soins (Nature of treatments, e.g., Extraction, Filling, Crown, Bridge, etc.)	Coefficient (Coefficient values for each treatment)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																																																							
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																																																							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																																																							
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																																																							
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																																																							
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>				DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					<input type="checkbox"/> Fonctionnel					<input type="checkbox"/> Thérapeutique					<input type="checkbox"/> Nécessaire à la profession					<input type="checkbox"/> Autre				
						H	25533412	21433552																																																			
						D	00000000	00000000																																																			
						B	00000000	11433553																																																			
						G	35533411																																																				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																																																											
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																																																											
DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																																																											
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																																																											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																											
<input type="checkbox"/> Fonctionnel																																																											
<input type="checkbox"/> Thérapeutique																																																											
<input type="checkbox"/> Nécessaire à la profession																																																											
<input type="checkbox"/> Autre																																																											

PHARMACIE MERIEUX

PHARMACIE MERIEUX

N° Pat: 36365027 / R.C: 313142
I.F: 93900220 / ICE: 001308770000019
Tel: 022860570

20/10/2020 12:31

	Vente No 29501	Op 99	
1	NAZAIR 100 DOSES SPR	7500	
1	RHUMIX SACHETS B10	2200	
1	EFFIPRED 20MG B20 CP	5840	
TOTAL VENTE :		15540	
TOTAL A PAYER :		15540	
ESPECE		15540	
Taux	HT	TVA	TTC
700%	14523	1017	15540
TOTAL	14523	1017	15540