

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

tique :

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.

ntaire :

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.

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

52965

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010967

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : HAROURID 8338 Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : HAROURID NA.DIA Date de naissance : 18/03/1965

Adresse : 5046, lotissement Elhalia, Rond d'Azemmour

Tél. : 066.447.03.50 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



21 DEC 2020

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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'agent 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 : 23/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0010967

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BADIA EQ 3 Zone 3 Route d'Azemour Dar Bouazza - Casablanca	23/11/20	450,00Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

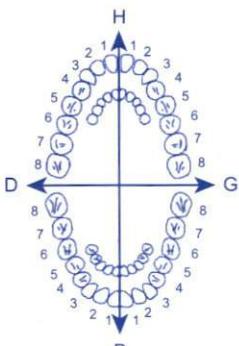
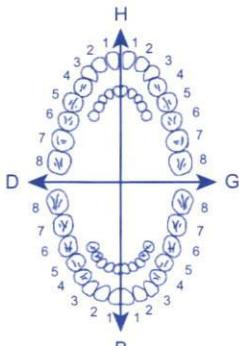
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exi  s par la Mutuelle.

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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECU



Casablanca le : 14/11/2020

57-^{me} HAROURIA NADIA
Casablanca le : 14/11/2020

Dicymone 500
1.4 x 381 (10.8)

196.72
Separate 500
 $\overline{d_{CPX} \times 2}$ J. (10⁻³)

49-28
Volfast
~~1500~~ x 381 : (3 j)
T = 556.70

0661081707

F. Hallaeui

٥٠٠ سبيسي

سيروفولوكساسين

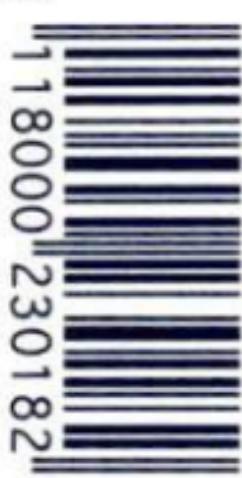
علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg



ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

196,50

IBERMA

٥٠٠ سبيس®

سيروفولوكساسين

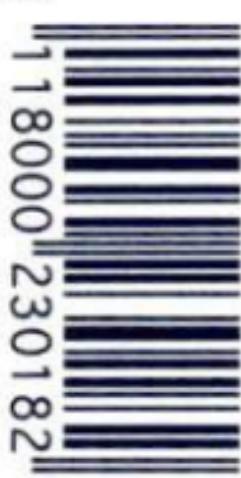
علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg



ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

196,50

IBERMA

لبنان
٥٠٠ مبلغ

اطامسیلات

. 20 قرصا

57.00



لبنان
٥٠٠ مبلغ

اطامسیلات

. 20 قرصا

57.00





Casablanca le : 23/11/20

Hassan Nadia.

196,50 x 2

3/1

- Sepcén 500 mg (2c/ij + 1oj)

- Dicowyne 500mg (3c/ij + 5gi,

57,00

3/1

480,00

PHARMACIE BADIA
EQ 3 Zone 3 Route d'Azemmour
Dr. Dar Bouazza - Casablanca



٥٠٠ سبيس®

سيروفولوكساسين

علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



196,50

IBERMA

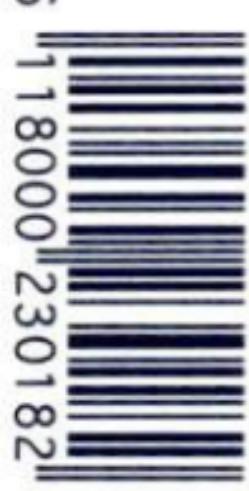
٥٠٠ سبيس®

سيروفولوكساسين

علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

196,50

IBERMA

لبنان
٥٠٠ مبلغ

اطامسیلات

. 20 قرصا

57.00

