

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.

Reéducation :

- 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

14841

Déclaration de Maladie : N° P19-0010111

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2942 Société : R. RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

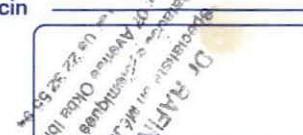
Nom & Prénom : OBALI ABDESSAID Date de naissance : 27-09-1959

Adresse : SIAGE DE TOUA BL 1 N° 12 DÉNOUD

Tél. : 06.51.61.29.44 Total des frais engagés 250 + 171,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25-11-2019

Nom et prénom du malade : OBALI ABDESSAID Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : COSARTIC

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. 03-11-2020

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 : RECEPTION ACCUEIL

Le : 25-11-2019

Signature de l'adhérent(e) : OBALI ABDESSAID



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
25/11/15	S	C2	920	<i>DR</i> Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEN M'SIK MADOUANE M'SIK Docteur En Pharmacie ot. Khadidja Bd. Sidi Rabiaa - Deroua Gsm : 05 22 53 20 58	25/11/15	771,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr RAFIK MARIYA

écialiste en médecine interne
Maladies Systémiques
Grands Syndromes
Maladies Rhumatologiques
Maladies du Sang

Ex Médecin
hôpital My Youssef et Ibn Rochd
Casablanca



الدكتور رفيق مري�ا

خصائصه في الأمراض الماطية
الأمراض المعدية عاليه
الأمراض الكبرى
أمراض الروماتيزم
أمراض الدم

طبية سابقة بمستشفيات
مرادي يوسف و ابن دشيد
في الدار البيضاء

25 Nove 2019

Barrechid, le

Dr RAFIK MARIYA

PHARMACIE
Lot. Khadija
Bd. Oum Rabiaa - Deraa 80000
Tunisie

2200

1) Cet
جهاز

2200

149,50 2) Cet
جهاز

PPC : 149,50 DH

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

335024
03/2022

CURARTI forte
comprimé

PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE MSIK
Docteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deraa 80000
Tunisie
Gsm : 05 22 32 55 94

07 شارع عقبة ابن نافع للطريق السفلي، برشيد /
Avenue Okba ibn Nafaa RDC Barrechid
Tél : 05 22 32 55 94