

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.

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 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 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

Nº P19-0036377

Optique 15908 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3216 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAYAB Abdelmajid

Date de naissance : 14-2-53

Adresse : Derb Foukoud Rue n° 104 Casab

Tél. : 0670747429 Total des frais engagés : 875,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'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) :

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
27/11/2019	ea	1	1500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
الصيدلاني مصطفى بن الدين	27/11/119	725,20
HARMAGIE EL MADANIA		
I. DIOURI Pharmacienn		
Souchentout Rue 29 N° 83		
H. 0522281328 - Pasublanca		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-D-B coordinate system for the C₆₀ molecule. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D', and the diagonal axis pointing down and to the right is labeled 'B'. The C₆₀ molecule is shown as a truncated icosahedron composed of 60 carbon atoms, each represented by a small circle. The vertices of the 20 faces are labeled with integers from 1 to 12, indicating the orientation along the B-axis.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Rachidi Lafnoune Jamila
Médecine Générale

الدكتورة رشيدى لفون جمila
الطب العام

Casablanca, Le :

27/11/2019



TAYAB-SAID

81,90x3

IS peris



مما يلي لسوئ

جراي 400



gp. Mat

مما يلي لسوئ

Trait le 03 t

Main

12078-59-60

LOT : KA90224
PER : 11-2020
PPV : 81,90DH

PER : 11/2020
PPV : 81,90DH
PPV : 81,90DH

10078-62-63
6118001030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH



درب بوشتواف، نفق 19 رقم 5 شارع بنى امكيلد الطابق الأول الدار البيضاء.

Derb Bouchentouf Rue 19 N°5 1er étage Bd.Beni M'Guild Casablanca

Tél. C : 05 22 80 42 83