

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 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 ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

ND: 160 F8

Déclaration de Maladie : N° S19-0004910

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 373

Société :

R.A.M

Le Kaili

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RABAOUA Mokhlef

Date de naissance : 1933

Adresse : Ham. El NDOUR Rue S. N° 11 CASABLANCA

Tél. : 06 62 83 62 55 Total des frais engagés : 250 F 407,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2019

Nom et prénom du malade : Rababda

Age : 60

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Fracture

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attache médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

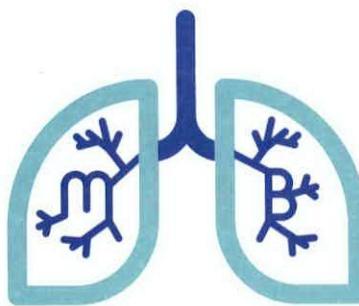
Le : 09/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
12/13	CS	500,000	Praticien : Dr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. Lieu : Les Rosiers, Immeuble : 123 Avenue des roses, Casablanca - Tel. : 05 22 50 19 3	Signature : Dr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAISON PHARMACIE LAMBERT - EMA M. CHAK - EMA CARLOS EMA</i>	<i>16/12/19</i>	<i>407180</i>

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.																				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
	MONTANTS DES SOINS																			
	DÉBUT D'EXÉCUTION																			
	FIN D'EXÉCUTION																			
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		MONTANTS DES SOINS
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
D																				
00000000																				
35533411																				
B																				
11433553																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS																		
		DATE DE L'EXÉCUTION																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				



16 (12) 19

Mr Robaewa Mostofa

120,40 x 2

21 Closulin 1g 

15 x 3 l/r

3010

El Prospan Sings Sans Scene

(Δ cor'))

131

137,00

3) Bacilac fnt

1 8' 15"

407180

PPV: 120,40 D
LOT: 585816
PER: 09/20

ESPECTER LES DOSES



PPC : 137 DH 00

$\times 10^j$ Σ

Dr. Myriam BRICHA
Pneumologue Allergologue
14, rue de la République 75011 Paris
Téléphone : 01 42 60 42 23 - Fax : 01 42 60 42 10