

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-485643

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 18234			
Matricule :	1098	Société :	Am
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DIANI MATHALI			
Date de naissance : 11/11/45			
Adresse : 10 Saluelle			
Tél. :	26 71 16 77 70 Total des frais engagés : 363,90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. SOUIHEL Thami	
b. OP Ferdaous GH 2	
t. 05 22 20 45 45	
Date de consultation : 11/11/2020	
Nom et prénom de l'adhérent : DIANI MATHALI	
Age : 75	
Lien de parenté : R Lui-même	
Nature de la maladie : RS	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RS	
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.	
Compte : 28 JIN 2020	
Enfant : ACQUEIL	

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 : **05 22 20 45 45** / 2020

Signature de l'adhérent(e) : **ACQUEIL**

MUPRAS

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
11/01/20	G 20	5	120 Dhs	INP : <input type="text"/> Dr. SOUIHEZ Thami Sp. OP Endodontie GH2 Tel. 070.53.16.16
01/01/20				
20/01/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHDI Rés. 11, 1er étage, CH 4 Imm. A 317 N° 3 Hely Dib, Casablanca Tél. 022.30.32.86	11/01/20	243.90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

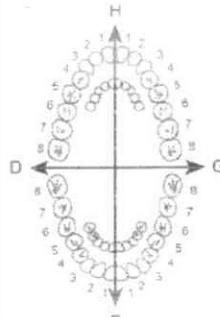
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

H	G
28533412 00000000	21433552 00000000
<input type="checkbox"/>	
35533411	11433553
B	D

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
28533412 00000000	21433552 00000000
<input type="checkbox"/>	
35533411	11433553
B	D

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale

56, Op. Ferdaous - GH2 - RC1
Oulfa - Casablanca
Tél. : 06 70 53 16 16

56 . OP . GH2 الطابق السفلي فردوس 1
الألفة - الدار البيضاء
الهاتف : 06 70 53 16 16

6 70 53 16 16 06 70 53 16 16
Casablanca, le : 11/01/2020 الدار البيضاء، في

α = Drawn to be 1

138,30

138. Beau. Li fa



~~38,80 x 2 aux rds~~
~~- \$ Qu x o p. su~~



$$1 \cos^3 \alpha y$$

Mr. - & 2^o
- Doliprowe 19

~~1 of 28~~

$$- \frac{\text{Doci} - \text{Vol.}}{\text{14.01.2018}}$$



PPV (DH) : 38,80

LOT N° :

UT. AV.:

PPV (DH) : 38,80

LOT N° :

UT. AV.:

PPV: 138,30 DH
LOT: 608399
PER: 09/20

PPV: 14DH00

PER: 09/22

LOT: I1933



PPV: 14DH00

PER: 02/22

LOT: I348

