

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

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 79 18 - www.n.mupras.com



Déclaration de Maladie
N° P19-0029907

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUSSIT Mohammed

Date de naissance :

Adresse : Bd. blaise jours Residence Palais in L n° 2

Tél. : 0666262795 Total des frais engagés : 264,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9/13/19

Nom et prénom du malade : MOUSSIT FATIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Grippe 28 jours

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) :

RELEVÉ 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
11/11/11	C		Arabik	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/11/11	264,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
00000000		00000000																	
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

د. نسيبة فاروق
 Dr. NASSIBA FAROUK
 Médecin Généraliste
 CHP - Méditerranée - Sen. 21

ORDONNANCE

Le: 01/12/19

PHARMACIE OULMES
 LARAKI HANINA
 ANGLE RD GRANDI ET
 YEL MANSOUR 360806
 MEDICINIST

PATIENT

1) Zorro α 1g sachet



1 sachet x 16

2) Primatoni sirop



1 c. s a 3 h.



3) Zovirax creme (x 2)

1 appl x 1



4) Comifer creme

1 appl x 2



5) Dshyranf toony

1 cpa 2 h

PHARMACIE OULMES
 LARAKI HANINA
 ANGLE RD GRANDI ET
 YEL MANSOUR 360806

د. نسيبة فاروق
 Dr. NASSIBA FAROUK
 Médecin Généraliste
 CHP - Méditerranée - Sen. 21

264.93

LOT : 81MA095
P.P.V : 11 2020

PRIMALAN
SIROP FL 120 ML

P.P.V : 31DH90

6 118000 011347

15,30

PPV : 150H30
PER : 10/19
LOT : F1958-1

PPV : 98DH00
PER : 11-20
LOT : 62272

Voie
cutanée

GSK
GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH

ID : 630188
6 118001 141548

Zovirax® 5%
aciclovir
crème

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH

ID : 625004
6 118001 141548

1%

PPV 29DH70
EXP 11/21
LOT 160339

Tube de 30 g