

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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 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

Nº P19-0044870

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jamal

Date de naissance : 1953

Adresse : 56 Bd Abderrahman Bourhal

Naz FERRANA

Tél. : 655 59 08 37

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie CHAOUA Rue de l'Industrie 0522398973</i>	06/01/2020	592,70

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	

HONORAIRES

en indiquant la nature des soins.

soit par voie entièrement canalaire, ainsi que le bilan de l

<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 10px;"> <p style="text-align: right;">145,90</p> <p>Laboratoires Pfizer S.A. Maroc Km 0,5 Route de Oujda 24000 El Jadida P.P.V: 103DH40 6118000250807</p> <p>SOINS DENTAIRES</p> <p>De Trai</p> <p>6 118001 100859 Cardensiel® 2,5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 54,10 DH</p> <p>PPV:20DH00 PER:03/22 LOT:1716</p> </div>	<div style="background-color: #ffffcc; padding: 10px;"> <p style="text-align: right;">145,90</p> <p>Laboratoires Pfizer S.A. Maroc Km 0,5 Route de Oujda 24000 El Jadida P.P.V: 103DH40 6118000250807</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>PPV:20DH00 PER:01/22 LOT:I113</p> </div>												
<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 10px;"> <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> </div>	<div style="background-color: #ffffcc; padding: 10px;"> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 50%;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G												
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D	B												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 10px;"> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> </div>	<div style="background-color: #ffffcc; padding: 10px;"> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> </div>												
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU</p>												

PHARMACIE DU C.A.F.

CHAoui AKOUZ Samira
Docteur en Pharmacie

*1, Rue Al Oukhouane
Beauséjour - Casablanca
Tél.: 022.39.89.73*



مكتبة المذاهب

الشاوي أكوز سميرة
دكتورة في الصيدلة

١، شارع الأقحوان،
بوسيجور، الدار البيضاء
الهاتف: 022 39 89 73

FACTURE № 001089.

n: Jamal EL ARAB bch SGR Casablanca, le : 20/02/2020 Dout

R.C. : 230678 - Patente : 34808005 - C.N.S.S. : 2150788