

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 - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Honneur Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com)

N° W19-516144

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 23539			
Matricule :	1196		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>R.A.H</i>
Nom & Prénom :		<i>RAM RAM CHAFI</i>	
Date de naissance :		02/03/1950	
Adresse :		<i>IDI MAAOUF/ESMAADI N° 225 lew</i>	
Tél. :		<i>06 14 29 41 89</i>	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : Nom et prénom du malade : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même Age : Enfant : Nature de la maladie : En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, renseigner les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	
 MUPRAS <i>03 MARS 2020</i> ACCUEIL	

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 : *CASABLANCA* Le : *03/03/2020*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CITE	02	305.00
	03	
	2020	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

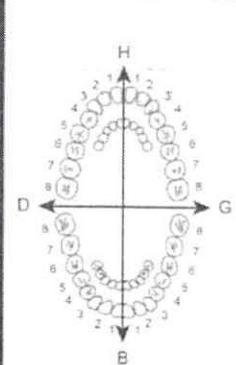
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DEBUT D'EXECUTION	[REDACTED]
FIN D'EXECUTION	[REDACTED]
COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DATE DU DEVIS	[REDACTED]
DATE DE L'EXECUTION	[REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	[REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	[REDACTED]

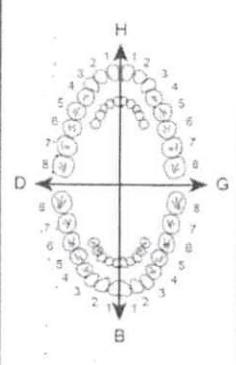


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	00000000
D	00000000	00000000
35533411	11433553	B

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



PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL Meryem
34, Lot. Sabta III - Sidi Maârouf
Tél: 0522 87 39 81 - Casablanca

M^{me} MARTAH
SAÏDIA

Facture N° 43		CASAB	Le 02 03 2020
Quantité	Désignation	P.U.	Total
2	Lantus sty. 152,50 305,00		

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH

5 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH

5 118001 081608

Ametni le presente

facture à la sume

de trois cas

152,50 DH

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL Meryem
34, Lot. Sabta III - Sidi Maârouf
Tél: 0522 87 39 81 - Casablanca