

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

- Reclamation : 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



N° W19-470578

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3029 Société : Ram

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Dounas Abdellatif

Date de naissance : 15/12/1959

Adresse :

Tél. : 06 71 41 91 77 Total des frais engagés : 471,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2021

Nom et prénom du malade : BRULHE 2 NE 5 MA

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 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) :

25/01/2021

Le 25/01/2021

[illegible][illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/2021	271,90 DH

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/2021	271,90 DH

[illegible][illegible][illegible][illegible]


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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

[illegible]

Sols dentaires	Traitées	Soins	Coefficients
			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

PROTHÈSES DENTAIRES		MATHÉMATIQUE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B		<input type="text"/>	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

PROTHÈSES DENTAIRES		MATHÉMATIQUE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B		<input type="text"/>	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

ECHOGRAPHIE



الفحص بالصدى

Casablanca, le

271.20

BOUTIER

Mejia

82. W

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair ben
noirs casablanca
INEXTUM

20 mg
Boîte 14
640750
11

CA GR

DR 1004

28

10 mg
Site 14

MP 21 NRQ

24

1

0

2

1

1

/

100

6382

2

Ballynagh

[Handwritten signature]

98.10



Alto Lake 162

Alvin R.
R. R. R.

NEOFORTAN® 160 mg

EXP 09/2023
LOT 06063

355، زاوية شارع الزرقطوني زنقة ابن أيوب - إقامة بوعرفة الطابق الثاني - الدار البيضاء - الم

355, Angle Bd. Zerktouni Rue Ibn Ayoub - Résidence Bouarfa- 2^{ème} étage - Casablanca - Tél.: 05 22 27 13 00