

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.

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.

Optique :

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

Education :

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.

Thérapie :

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.

S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Habouse Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19-0042608

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 915 Société : 58638

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GRIANTE BENDAI

Date de naissance :

1948

Adresse :

Route - Rue ABDELLAH BEN HASSANE - SIDI BOUZID - 20000

Tél. 06 19 54 42 18

Total des frais engagés : 164,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

M. CHRONIQUE

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GRIANTE BENDAI Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : 08 FEV. 2021

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.

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 : 02/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

/V/

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/11/2021	164,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

$$\begin{array}{r} \text{D} \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array}$$

[View Details](#)

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) viewed from an anterior perspective. The teeth are numbered sequentially from 1 to 8 on both the upper and lower arches. Numbered teeth include 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The diagram also includes directional markers: 'D' (left) pointing towards the left side of the mandible, 'H' (anterior) pointing upwards, and 'P' (posterior) pointing downwards.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

صيدلية مينوي

PHARMACIE MINUIT

EL ZIZI Azzedine

Diplômé de la Faculté
de Montpellier

39 , Bd de paris - Casablanca

tel : 05 22 -27-57-88

M. Chromique



FACTURE N° 125

Casablanca , le 23/1/2021

Mr Guitane Ledoux Doit

Quantité	DESIGNATION	Prix Un.	TOTAL
1	Cosopt collige	164,20	
	Arreté et présente facture à payer	164,20	
	Cent soixante quatre dirhams et vingt centimes		

AT T02 57
S/EXP 02-22
PPV 164.20 DH

✓

R.C. : 127740 - CNSS : 1504332 - IGR : 40302000 - Patente : 35503365

ICE = 001617865000043