

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

Informations 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.

Biologie 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.

Prothésaire :

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 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Doc n° N° P19- 053049
59616.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1289

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : femme

Nom & Prénom : (B)ATRASFAINA AZENISOU D Yasmine

Date de naissance : 27/6/1997

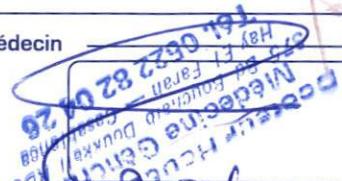
Adresse : Lissage Lot ELIS Pharamate 1 N° 84 case

Tél. : 0619118936

Total des frais engagés : 307,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/08/2021

Nom et prénom du malade : Azeukoud Yasmine Age : 24

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : grippe aigue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : grippe aigue

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 : 15/08/2021



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
09.02.2021	C		150,00	150,00 09.02.2021 Dr. El Hachemi Hocine Centre Dentaire Hocine

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES PAPILLONS 2245 Nadia COURANT Zouba Groupe Aoudha Oulz Casablanca GSM: 06 67 07 50 25	09.02.2021	157,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Vita C1000®

PPV 150H30
EXP 08/2023
LOT 06077 25

DOLAMINE®
20 comprimés

Lot N° / Date Per. :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée

Important :

Veuillez joindre les radiographies

SOINS DENTAIRES

Date : _____

Travail : _____

Montant : _____

Coef. : _____

Montant : _____

Co

Vita C1000®

PPV 150H30
EXP 08/2023
LOT 06077 25

LOT : 200297
UT AV : 02/2023
PPV : 14,30DH

LOT : 200661
UT AV : 04/2023
PPV : 14,30DH

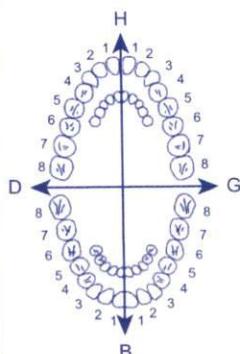
PPV: 98DH00
PER: 05-23
LOT: J1376

RELEVE DENTAIRE

Le praticien est prié de préciser la dent traitée

Important :

Veuillez joindre les radiographies

SOINS DENTAIRES**DOLAMINE®**

20 comprimés

Lot N° / Date Per. :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

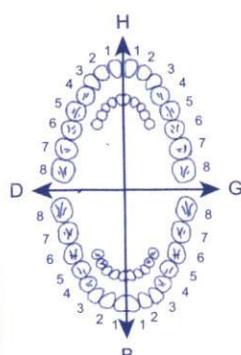
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F
PROTHESES DENTAIRES****DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000

B

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le :

09 08 2021.

الدار البيضاء، في :

AgenKowol Yasmine

58,00

o Zamood 1g 1-0-40

15,30

o Dela

14,30 x2

Rhuo 500 mg 1-0-2

6

15,30

o Vicks 100

157,20

16,0622 22 04 26
Hay El Farah - Casablanca
375 Bd Bouchaib Doukkali, RDC - Hay El Farah - Casablanca - Tél. : 05 22 82 04 26
Docteur Houda BITTAFF

PHARMACIE LES PARENTS

Nadia GOURANI

234 E Lotissement Zoubeir
Groupe Addoha Oufira - Casablanca
Gsm: 06 67 07 50 25