

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.

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.

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.

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

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

63313

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003653

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3220 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAK DIB Justéphus Date de naissance : 1945

Adresse : 105 Sidi Abderrahmane Rue 40 N° 22 au 1^{er} étage

Tél. : 06 62 24 73 18 Total des frais engagés : ± 2659 ± Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 091019786

Date de consultation : 10/03/21

Nom et prénom du malade : HARI Age : 1957

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dialyse

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 contenus sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 19/03/21

Signature de l'adhérent(e) : Bassat

5 MARS 2021

ACCUEIL



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
10/03/21			2520H	INP STANDART DENTAL 25336 Signature: Dr. H. B. 05.22.88.31.79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUTIANE Groupement des Pharmaciens EL Oulfa 890963 Tel: 04 28 89 09 63 ICE: 000500-46300026	10/3/21	2609.00 DT

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		DATE DU DEVIS
	D 00000000 35533411	B 11433553		DATE DE L'EXECUTION
	(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

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

LOT D259343F.4
UT AV 05 2023
PPV 111.00 DH

PPV 111.00 DH
UT AV 05 2023
LOT D259343F.4

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

LOT 191741
EXP 07/2022
PPV 99.00 DH

LOT 191741
EXP 07/2022
PPV 99.00 DH

LOT 191741
EXP 07/2022
PPV 99.00 DH

PHARMACIE SOUFIANE
Groupement des Pharmaciens de
EL Oued - N° 5725
Tél : 022 24 60 03
I.C.E : 00050024600026