

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

ditions 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.

rmacie :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 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

Matricule : **AG001194** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BAIKI DIA THAM**

Date de naissance : **01/07/1938**

Adresse : **HAY EL OULFA GR K Rue 156 N°26**

Tél. : **052222892180** Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : 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 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

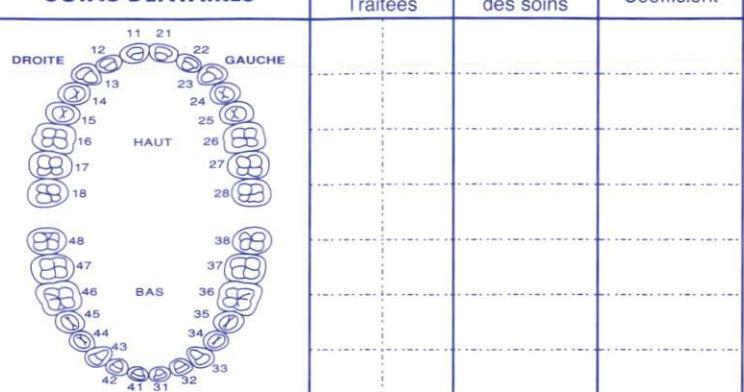
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

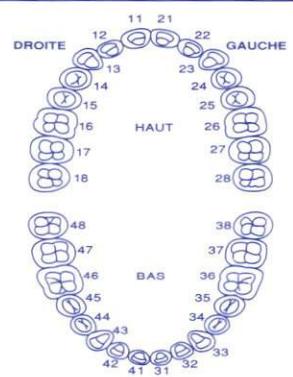
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



| | | | |
|--------|-------|--------|----|
| DROITE | 11 21 | GAUCHE | 22 |
| 12 | 13 | 23 | 24 |
| 14 | 15 | 25 | 26 |
| 16 | 17 | 27 | 28 |
| 18 | | 29 | |
| 48 | 47 | 38 | 37 |
| 46 | 45 | 36 | 35 |
| 44 | 43 | 34 | 33 |
| 42 | 41 | 32 | 31 |

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° P 17 / 0063215



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



P 17 / 0063215

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 00294

Nom & Prénom

BALDI D THAMI

Fonction

Rehute

Phones

012222892136

Mail

MEDECIN

Prénom du patient BAKDUS SATNA

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date 10/12/21

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CSK
ECG

150,00
100,00

PHARMACIE

Date 10/12/2021

Montant de la facture

957,50 DH

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 25/23
El Oulfa - Casablanca
Tel.: 05 22 89 09 63
I.C.E. 000500246000026

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET



Casablanca, le :
10/02/2021

Nom et Prénom :

BAKDID Fatna

63,00 x 3

INIKAL 5

92,40 x 3 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

ASKARDIL 75

131,50 x 3 1 comprimé à midi, pendant 3 mois

STARVAL 80

1 comprimé le matin

79,90 x 2

30 vi

rgf / i



69,00 x 3

VIRENT ET

d qpi / e matin

957,50

PIARAHACHE SOUFLANE
Groupe de Presse 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél: 0522.91.07.62
I.C.E.: 000500246000026

LOT : 191731
UT AV : 10/2022
PPV:43,00DH

LOT : 191731
UT AV : 10/2022
PPV:43,00DH

LOT : 201337
UT AV: 09/2023
PPV:43,00DH

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2022
LOT 02005 2

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2022
LOT 02005 2

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2022
LOT 02005 2

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

Lot : 079662
Dluo : 01/2022
PPC: 79.90 Dh

Lot : 079662
Dluo : 01/2022
PPC: 79.90 Dh

Lot : V255F
Dluo : 09/23
P.P.C : 69 Dh

Lot : V255F
Dluo : 09/23
P.P.C : 69 Dh

Lot : V255F
Dluo : 09/23
P.P.C : 69 Dh

PHARMACIE SQUIFIANE
Groupe K Rue 154 N° 23/25
El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

ID:
D-naiss:
ans,

10-Fév-2021 15:55:13 Fréq. Card.: 88 BPM
Axes P-R-T: 54 -19 58 Int PR: 219ms
Dur.QRS: 88ms QT/QTc: 368/414ms

