

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Médecine 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

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

69391
le 05/09/2021

Déclaration de Maladie : N° P19-0000117

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : SAID Abdessamad

Secteur : - RAT

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Adresse :

Tél. :

Date de naissance :

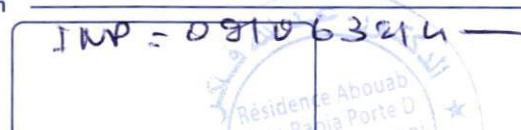
02.01.1960

Total des frais engagés :

419,20 Dhs

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 :

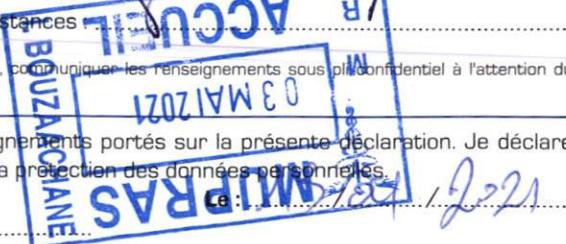
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 03 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
19/09/2014	(W)	1	1000 DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

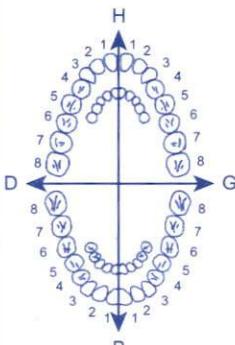
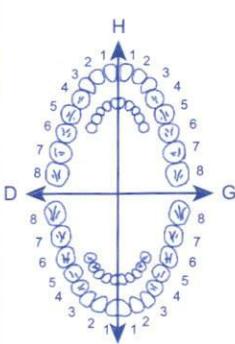
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$\begin{array}{r} H \\ \begin{array}{ c c } \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array} \end{array}$		MONTANTS DES SOINS	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
	*			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL

عيادة طبية

Docteur Abdellah FAKIR

Médecine Générale

- ECHOGRAPHIE
- ECG
- DIABÉTOLOGIE
- PRÉVENTION ET DEPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE

الدكتور عبد الله فاكير

الطب العام

- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- داء السكري
- الوقاية والتشخيص المبكر لأمراض النساء

Casablanca, le :

19/04/2021

Dogmatil 50mg
20 Gélules
PER. 10 20E011
P.V. 32DH90



6 118000 061199

M¹ = LEH LALI - MAJAT

32,90



Dogmatil
1 ml x 24

16/3/2024
2024/03/16
MART
2024/03/16
2024/03/16

139,10



INÉ 80 20
1 ml / 20

LOT : M0393
PER : 07/2022
PPV : 139,00
Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique



50,00



Megast 1 P

Musfon 80mg
30 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410263

الرحم
LOT : M0470
PER : 01/2024
PPV : 40,00 DH

46,90
1 = 269,10



Acticarce
1 ml x 31

ACTICARBINE 70 MG Comp /34/
PPV 46,90 DH SOTHEMA
6 118001 070015