

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.

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.

Educations :

- 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

- 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 - 5ème 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

N° P19-0048553
71747

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6225 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : T. Z. N. Boucha Venue AKKAD-

Date de naissance : 15/12/1961

Adresse : propriété el Dar Zan Km 2.1 Rabat

Tél. : 06 61 19 86 97 Total des frais engagés : 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 : Le :/...../.....


Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Dispenseur	Date	Montant de la Facture
	26/04/2021	821,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

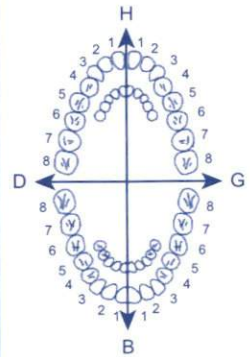
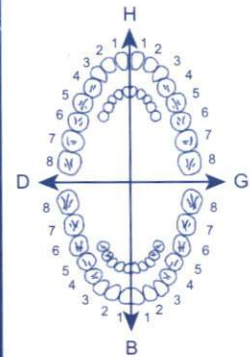
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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			
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>G</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>B</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			MONTANTS DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE LINAYA

Immeuble E, Hay Ennasr N°2 Mohammedia.

TEL : 0523283858

Cardioaspirine 100 mg/30 cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/190 P.P.V. : 127,70 DH
6 118001 020539

Mohammedia le

26/04/2021

Facture N° : 270/2021

Client :

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/190 P.P.V. : 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/190 P.P.V. : 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/190 P.P.V. : 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/190 P.P.V. : 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/190 P.P.V. : 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/190 P.P.V. : 127,70 DH
6 118001 020539

Désignation	Quantité	P.U.TTC	P.T.TTC
Atocord	6	127,70	766,20
cardioaspir	2	27,70	55,40
TOTAL HT			821,60
TVA 20 %			
TOTAL TTC			

PHARMACIE LINAYA
DR AMINA LEBBANE
EL ALIA MOHAMMEDIA
TEL: 0523283858 / 0607911111
ICE: 00042602500070

Pharmacie linaya
Dr .Amina Lebbane
cite ennasr imm 75 el alia
Mohammedia
TEL : 0523283858/0607911111

PATENTE : 39181311 CNSS : 8602543 RC : 14708 IF : 40214263 INPE : 092063114
ICE:000426025000070