

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-602035

73849

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2579

Matricule :

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAISSA AHMED

Date de naissance :

01.04.1943

Adresse :

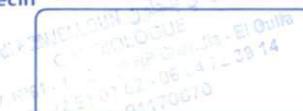
Tél. :

Total des frais engagés :

1448,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/06/2021

Nom et prénom du malade :

BENAISSA AHMED

Age : 1043

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

8 JUIN 2021

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 : Casablanca

Le : 02/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

2019

Autorisation CNDP n° : AA 215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02-06-21	898,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

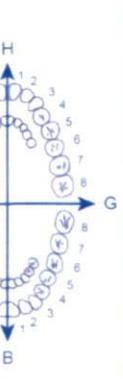
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> D G B	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
25533412	21433552												
00000000	00000000												
<hr/>													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 02/06/2021.....

Nom et Prénom :

BENAISSA Ahmed

98.90x3

AMLOR 10

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

TAHOR 10

1 comprimé le soir 1 jour sur 2, pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE 100

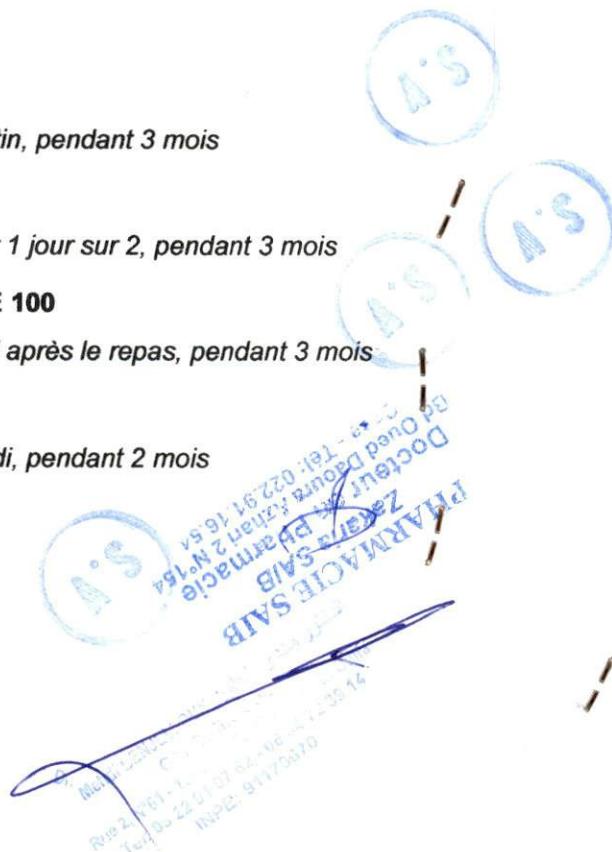
1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

LYNFAVEN

2 comprimés à midi, pendant 2 mois

110,50
x4

98,80



2-Jui-2021 11:15:58 Fréq. Card.: 63 BPM
Axes P-R-T: 58 1 29 Int PR: 159ms
Dur.QRS: 88ms QT/QTc: 368/376ms

ID:
D-naiss:
ans,

I

II

III

aVR

aVL

aVF

114330225506

Dr ben jelloun Mehdi

Site # 0 App.# 0

2-Jui-2021 11:15:58

35 276

BENAISSA
ATHENES

2
MÉDECIN EN CHILOLOGUE
CHILOLOGUE

Rue 2, N°67 - 1er étage R.C. Chabat - 0 Quatre
T. 01 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14

INPIE: 91170670

↓ V1



↓ V2



↓ V3



↓ V4



↓ V5



↓ V6

