

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.

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 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

UPRAS 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.

UPRAS : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº P19-

068649

ND:81842

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2683

Société : MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN Di Mohamed

Date de naissance : 1959

Adresse : Lebi Ciel

Tél. : 0623 136021

Total des frais engagés : 297,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEN Di

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Afdigitive

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 : Conseil

Le : 1/08/2001

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Hohoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/08/2011	C		10500	DR. MINOURI Généraliste - Médecin de famille - Al - Vélibian N° 04 48 Hassan DR. MINOURI 03 21 31 04 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature de SOPHIA I. Gébratim Ep. Slaoui 1, Boulevard Ibnou Sina Albánica - Tél.: 05 22 36 01 64</i>	<i>13/8/21</i>	<i>147,90</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

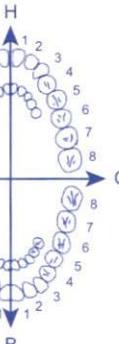
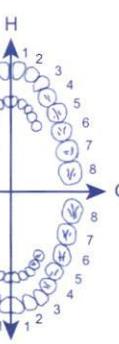
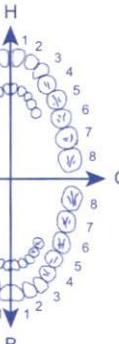
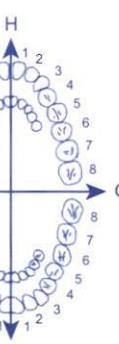
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de rd

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		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 DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur. Mnouny Raja

MEDECINE GENERALE

Boulevard Afghanistan, N° 16

(en face la Banque Populaire)

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 05 22.91.04.46

E-mail : mnouhyraia1962@gmail.com

الدكتورة (المنوعي) رجا، الطب العام

شارع أفغانستان، رقم 16

(مقاييس نك الشعير)

الدراية

الدار البيضاء - الحي الحسني

الهاتف : 0522.91.04.46

البريد الإلكتروني: mnounyraja1962@gmail.com

Casablanca, le : ١٣ / ٠٨ / ٢١ الدار البيضاء، في

BENDI AYDAS.

LOT: 21133 PER: 04/2026
PPV: 48,50 DH

48-82 d/Tidal 7 QV.

Yoko

$\text{dy} \times 2 \text{ / i } \text{ e}^{\frac{x}{r}} \text{ dy}_1$

2) Neto spesial

$$\text{leg } x = 37$$

~~59.00~~

refm.

ME7903) Probiotic
فوندو^{فوندو}
Pharmacie
Mme. S.
2023

Sach.
le

3

Dr. MNCO
Médecin généraliste
Boulevard Aït Youssef Hassan
05 22 91 04 48

LOT 210104
DL00-03/2024
59,000H

الرجاء إحضار الوصفة عند المراجعة Prière de présenter l'ordonnance à la prochaine visite