

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

82339

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1346 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TOUFA SNAÏL

Date de naissance : 01/01/49

Adresse : Cité D'orléans Bloc 11 N° 498

HDX CHASSAGNY 67

Tél. : 0664517353 Total des frais engagés :

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'adhérent et au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .../... Le : 20/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	30/08/2011	47.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Chet et signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
achet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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 les documents de la sécurité sociale.																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												CCEFFICIENT DES TRAVAUX 756.836.07.19 LOT : 201446 UT AV: 11/2023 PPV: 14,30DH											
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																							
CCEFFICIENT																																											
DES TRAVAUX																																											
756.836.07.19																																											
LOT : 201446																																											
UT AV: 11/2023																																											
PPV: 14,30DH																																											
PPV (DH) : LOT N° : UT AV :																																											
FIN D'EXECUTION																																											
CCEFFICIENT																																											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"> H 25533412 21433 00000000 00000 D 00000000 00000 35533411 11433 B </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> [Création, remont, a Fonctionnel, Thérapeutique, nécess </td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				H 25533412 21433 00000000 00000 D 00000000 00000 35533411 11433 B				[Création, remont, a Fonctionnel, Thérapeutique, nécess																																CCEFFICIENT LOT:20055 PER:11/23 PPV:100DH	
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																									
		H 25533412 21433 00000000 00000 D 00000000 00000 35533411 11433 B																																									
		[Création, remont, a Fonctionnel, Thérapeutique, nécess																																									
CCEFFICIENT																																											
LOT:20055																																											
PER:11/23																																											
PPV:100DH																																											
22.DH70																																											
22.DH70																																											
22.DH70																																											
22.DH70																																											
22.DH70																																											

pharmacie hind

NR Toufekh Smaïl



Facturé à

516 bis bloc11 lot municipal hay hassani casablanca

Facture n°

Date

30/08/2021

Désignation		Montant HT
Rinowicie	01	22,76
Rhinolebrol	01	14,30
Dureogum	01	10,00
		<u>47,06</u>

Pharmacie HIND
Lot Municipal 11
N° 516 bis - Hay Hassani
Casab - Tel. 0522 914 457