

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.

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

- Réclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 074508

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1258 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AKKAL ABDELAZIZ
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|-----------------|----------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|--|-------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODF. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | Montant des soins |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|----------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : _____ | Mle |
| DECLARATION N° P 14 / 0030619 | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | |



P 14 / 0030619

DATE DE DEPOT

/ / 201

| | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 1958 | |
| Nom & Prénom | | AKKAR Abdelaziz | |
| Fonction | Retraite | Phones 06 55 89 58 33 | |
| Mail | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient | | AKKAR Abdelaziz |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age 31/12/46 |
| Nature de la maladie | | Date 14 OCT 2021 | |
| Affection digestive | | Date 1ère visite | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| Affection digestive | C1 | 200 dh | |
| PHARMACIE | Date | 46/10/2021 | |
| Montant de la facture | 43,30 | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | 16 |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | CACHET | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |
| | | CACHET | |

PHARMACIE MARINA
Sofia KOUTEN
54, Rue Ibnou Jadir (Ex Tarave)
Bourgogne - Casablanca
0522 94 24 33 / 0661 63 23 23

LOT 31003
PER 04/23
PPV 144DH50

144,50

ORDONNANCE

NEOFORTAN[®] 160 mg

PPV 98DH80
EXP 03/2024
LOT 12019 3

AKKAR Abdelaziz

Le: 14/10/2021

① 144,50 gel: 1 gel le matin
Pd 28j

② 98,80 Neofortan 160 mg qd

1 cp x 2j. Pd 5j

243,30

PHARMACIE MARINA
Sofia KAMHEN
54, Rue Mohammed VI (Ex Tarave)
Bourgoine Casablanca

Tel: 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23

Dr. HJIAJ Fatima Azzahra
Médecine Générale
Echographie Gynécologie
Diététique Electrocardiogramme
75, Rue TAHARA Houmane Quartier Gautier
Casablanca
1er Etage
Tél: 0522 27 43 27