

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.

Prothèse 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 - 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° M21- 0059866

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM 93582

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse : R. SANAA, Bd Bourgogne, av. B. Ben Wahou
KALAKIS, N° 130 Casablanca

Tél. : 0605904380 Total des frais engagés : 550,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 / 09 / 2021

Nom et prénom du malade : Mme Shami Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladies chroniques + pneumo

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 : 17/11/2021

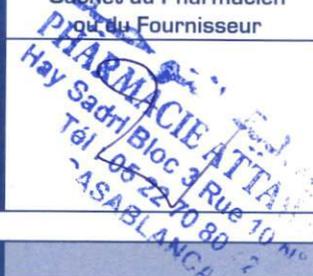
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10/09/21	C	-	15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/09/21	100,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

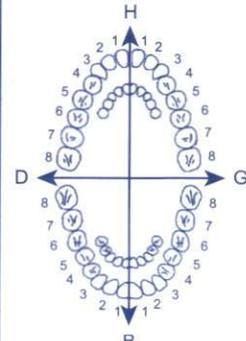
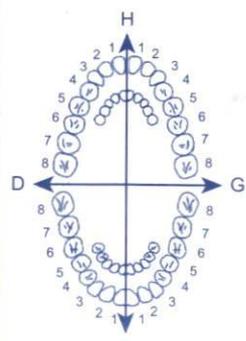
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

PPV: 14DH00
PER: 03/24
LOT: K792

Cachet du médecin

Dr. R. BEN WAHOUD BENQADDI
152, Bd Bourgogne - 3ème Etg
Casablanca
Tel: 022.22.97.88

A. baseflame 10/9/2021

Mme Shami Fatima

LOT: 20EUC2
CYCLO 3 FORT
GELULE B30
P.P.V : 14DH00
6 118000 010364

PPV: 14DH00
PER: 03/23
LOT: J867

PPV: 14DH00
PER: 06/24
LOT: K1759

10) 74,50
Cyclo 3
27,50 x 4

20) 14,0 x 3
Doliprane n° = 4

30) 29,50
1 cp x 4
Tachin

40) 91,50
1 cp S a 30
Zandry

50) 58,50
1 cp le ven
60) 60
2 gel le ven

T = 400,60

PHARMACIE ATTAWHID
Rue Sadiq Bloc 3 Rue 10 N° 30
Tel: 05 22 70 80 42
CASABLANCA

PHARMACIE ATTAWHID
Rue Sadiq Bloc 3 Rue 10 N° 30
Tel: 05 22 70 80 42
CASABLANCA

PHARMACIE ATTAWHID
Rue Sadiq Bloc 3 Rue 10 N° 30
Tel: 05 22 70 80 42
CASABLANCA

PHARMACIE ATTAWHID
Rue Sadiq Bloc 3 Rue 10 N° 30
Tel: 05 22 70 80 42
CASABLANCA

PHARMACIE ATTAWHID
Rue Sadiq Bloc 3 Rue 10 N° 30
Tel: 05 22 70 80 42
CASABLANCA

PPV (DH):
LOT N°:
UT. AV.:

29,50
TriSium®
SUSPENSION ORALE
120 cc.

LOT 191187
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

27,50

27,50

27,50

27,50