

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

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.

ntaire :

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.

ladie 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

Nº M21- 067984

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02548 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FALLAH Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 18, Rue chakkaikanaoune Hay Erakha Cesa

Tél. : 0668245207 Total des frais engagés : 1375,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Date de consultation : 01/01/1949 Nom et prénom du malade : FALLAH Brahim Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : MLD

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 : El Jadida Le 28.10.2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

CE DOCUMENT EST UN
DOCU-BULLETIN
TÉL : 02 33 21 22 11

Date

Montant de la Facture

28/02/22

1375,20

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AM

PC

IM

Montant détaillé des Honoraires

IV

.....

.....

.....

.....

.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

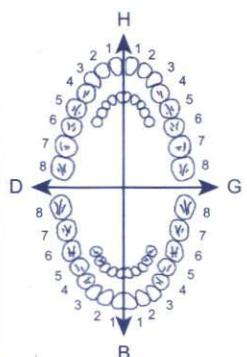
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

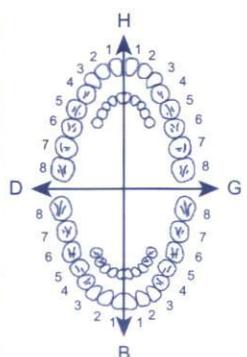
Coefficient



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

EL GARA

le 28/02/22

Nom / Prénom : FELLAIT BRAHIMA

126,10x6



1. Cognac sol

(N°6)

LOT U012161 2
EXP 02 2023
PPV 126.10 DH

92,10x2



2. Amarel 3

(N°2)

LOT U012163 2
EXP 02 2023
PPV 126.10 DH

28,00x5

3. Géorgie 7000

(N°5)

LOT U027227 3
EXP 05 2023
PPV 126.10 DH

147,50x2

4. Iprost 4

(N°2)

LOT U027227 1
EXP 05 2023
PPV 126.10 DH

13,15,80



LOT U012163 1
EXP 02 2023
PPV 126.10 DH

AMAREL 3MG

CP B30

P.P.V : 92DH10

LOT : 21E002
PER..05 2024

6 118000 060017

O

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10

LOT : 21E001
PER..01 2024

6 118000 060017

O

28,00

29,00

28,00

28,00

28,00

IPROST LP 10 mg

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

PPU 147.50 DH

30 comprimés à libération prolongée

Voie orale

IPROST LP 10 mg

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

PPU 147.50 DH

30 comprimés à libération prolongée

Voie orale