

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

- 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° W21-709490

120174



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A316

Société : R.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

de l'adhérent(e) :

Le : 30/10/2022

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
				INP : <input type="text" value="11111111"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie N°516 E à Hassani Casa - Tizi Ouzou</i>	30.05 22	5230,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE

Le praticien est prié de préciser la date de l'exécution.

Important :

Veuillez joindre les radiographies et le bilan de l'ODF.

756.836.07.19

des soins.

si que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dent
Trait

UTAVI :

LOT : 211144
EXP : 10/2024
PPV : 14,30 DH

PPV (DH) :
LOT N° :

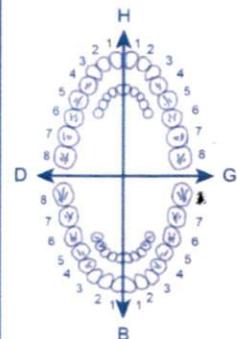
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

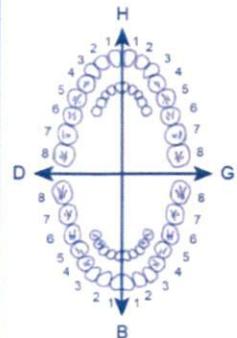
DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Vita C1000
PPV 15D130
EXP 05/2024
LOT 1102620



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MAR

25533
00000
00000
35533

[Création, re
Fonctionnel, Thérapeu

للتقويم
للتقويم
للتقويم
للتقويم

92170

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية هند

Pharmacie HIND

BERRADA Hind

Docteur en Pharmacie



Le. 20.05.22

Lotissement Municipal Bloc 11 N°516 Bis

Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 022 91 44 57 - Fax : 022 89 77 48

A. *Jan Park*

ESAA Doit

Quantité	Produits	Prix Unitaire	Total
21	Vite	15.30	
01	Rinofast	14.30	
01	Rinome	22.70	
			52.30

FACTURE ARETEE A LA SOMME DE

Pharmacie HIND
Lotissement Municipal Bloc 11
N°516 Bis HAY Hassani
Casablanca Tél. 022 914 457

Signature