

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

Je déclare faire le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2609 Société : RAA - M

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : ANNA RI OUAZ

Date de naissance : 18/92 / 1956

Adresse : AI 85 Mar 87 A2 HARI 2

Tel. 0522910752 Total des frais engagés : 270,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Dr. M'hamed BENJELLOUN JELLINE
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 81 - 1er Etage RP Chahida El Mella
Tél: 0522910752 - 06 04 72 35 14
IMPE: 91170670

Date de consultation : 17/05/22

Nom et prénom du malade : ANNA RI OUAZ Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + Polypathie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : CARDIOLOGIE HTA

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 : Cap Le : 03/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : Cap

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
17/05/12	cxr		Caténaire	Dr Mehdi BENJELLOUN Rue 2 N°61 - 910762 - 06 04 72 397 Tel. 05 29 91 07 62 - 06 04 72 397 INPE: 01170070

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE BIEN ET L'AMI Mme. Hoc 44 KABUL 55157, Rue 77 KZHARI 2 lot. 203 El Oufia - CASABLANCA Tél. : 022.93.26.80	17.05.22	770,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 17/05/2022

Nom et Prénom :

AMMARI Omar

140,00 x 3

VALPHI 160

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

LIPANTHYL 160

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

770,40

PHARMACIE BIEN-ETRE
Mme. Khouda KEROUANE
55/57, Rue 7 AZHARI 2 Lot. 203
El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 022.93.26.80

LOT : 030
PER : DEC 2023
PPV : 140 DH 00

LOT : 028
PER : NOV 2023
PPV : 140 DH 00

LOT : 025
PER : JUN 2023
PPV : 140 DH 00