

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.

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° W21-622444

138304

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

05013

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABIRI MOHAMED

Date de naissance :

02-06-1961

Adresse :

Habituelle

Tél. :

0701105004

Total des frais engagés : 304,77 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak MECHAL
Médecine Générale
C.Bd de la liberté Tiss. 1
Bérechid. Tél : 05 22 328 87

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Sabri, Sajida

Age : 13 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Nas, Celle de Bérechid

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 : Bérechid

Signature de l'adhérent(e) :

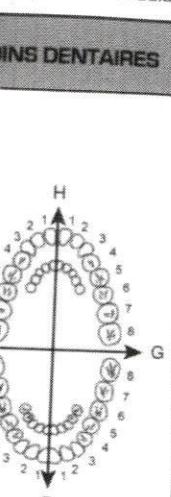
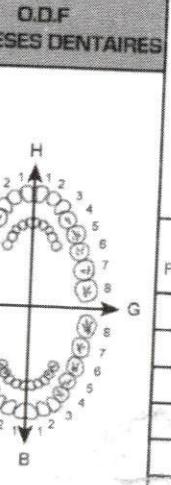
Le : 31/10/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
31-10-22 C		1	150 DHT Bam	Dr. Abdellah INF. Abdellah Médecin Bd de la République

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PIERRE CHAUVIN</i>	<i>31/10/22</i>	<i>154,70</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
		ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																		
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	25533411		11433553	B		
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																
		00000000		00000000																
25533411		11433553																		
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDCINE GENERALE

6, Bd. De la Liberté – Tissir 1
Berrechid (Prés des Taxis jakma)

Tél : 05 22 32 52 87

INPE : 061098281

Nom :

Sahay
Safaa

Prénom :

الدكتور مشعل عبد الحق

الطب العام

6, شارع الحرية – حي التسir 1
برشيد – (قرب طاكسيات جفنة)
الهاتف : 05 22 32 52 87

Berrechid :

31-10-82

29,70

1/ AZIX 500 1/

29,00

2/ cyteal R 1/

61,00

3/ Clark 109 1/

14,00

4/ Head 1/

154,70 1/ 154,70 1/

Pharmacie Alia
Dr. A. MECHAL
N° 6 Bd. De la Liberté – Tissir 1
Berrechid
Tel : 05 22 32 48 38
Medecine Générale
Institut de Tissir
Tél : 05 22 32 52 87
MECHAL

جهاز مراقبة

جهاز
جهاز
جهاز

جهاز
جهاز

جهاز
جهاز

جهاز

اكزو ميدين®
عابر للجلد
اكزادين

14,00



PPV 790 H70
01/25
PER
LOT L3504