

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 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.

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° W21-771848



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAKIR Abdellatif

Date de naissance :

05/06/1960 - V

Adresse :

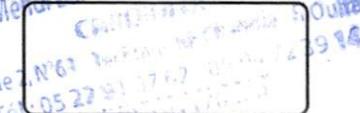
SL, LOT BLAD CHAMA CASA

Tél. :

5669394420 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

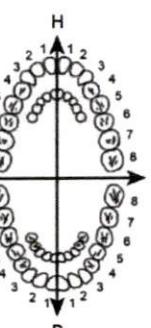
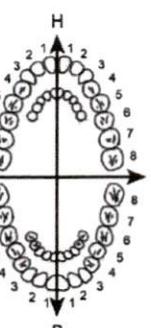
Le : 16/11/2022

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
10/07/2012	CCM ECG		15000 100/00	INPE : 91170670 Dr. ALEXANDRE BONNET Rue 2, N°61, 1er Etage TÉL: 05 22 91 07 62 - 06 04 70 INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
 Docteur en Pharmacie Résidence Annaine Oulfa 22 89 43 09 - Casablanca	15/11/22	250,80 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES																			
					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</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" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H	G																	
					25533412	21433552																	
					00000000	00000000																	
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B																							
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																							
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																							
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																							
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							



Casablanca, le : 16/11/2022

Nom et Prénom :

DAKIR Abdelmajid

90,00 x 2
COERIL 4

23,60 x 3
1/2 comprimé, pendant 3 mois

CARDIOFLEX 100

1 comprimé à midi, pendant 3 mois



250,60 HT

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM
Siham GUERRAOUI
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annaïm - Oulfa
tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr. Mehdi BENJELLOUN
د. بنجلون
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chhdia
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04
INPE: 91170610



