

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-769092

142123



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11661 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HASSINE AAF

Date de naissance :

09/08/72

Adresse : 14, lot PAVillons des Bemagga, Casablanca

Tél. : 0662519207

Total des frais engagés : 350,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 : Casablanca

Le : 09/11/2012

Signature de l'adhérent(e) :

CPA

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"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VITALIA MEDICAL Ventes en Magasin 36, Rue des Hôpitaux Casablanca Tel 0522 47 58 76 - Fax: 0522 43 99 60	12/2/22					350,00

RELEVÉ 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	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"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	D G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	B	00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HASSINE AFAAF

Facture N° : 886
Date.....: 02/12/2022

Tél: 4821
LH:17:20:02 Code:

PRODUIT	QTE	UNG!	REM.	! TV!	PRIX TTC	MONTANT TTC
ACCU CHEK INSTANT 50 BAND	2!	!	120!	175.00!	350.00!	

TOTAL..TTC.....: 350.00

DONT TVA: 7 %: 0.00
DONT TVA: 20 %: 58.33

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
TROIS CENT CIQUANTE Dirhams 00 Centimes

ACCU-CHEK® Instant

07819382

50

TEST STRIPS

BANDELETTES RÉACTIVES

For the determination
of blood glucose

Pour la détermination
de la glycémie

For/Pour :
Accu-Chek® Instant
Accu-Chek® Instant S



Roche

08758328061A-0521

Made in U.S.A.

www.accu-chek.com

68305 Mannheim, Germany

Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116



CE 0123 30 °C 4 °C



REF 07819382446

ACCU-CHEK® Instant

07819382

50

TEST STRIPS

BANDELETTES RÉACTIVES

For the determination
of blood glucose

Pour la détermination
de la glycémie

For/Pour :
Accu-Chek® Instant
Accu-Chek® Instant S



Roche

08758328061A-0521

Made in U.S.A.

www.accu-chek.com

68305 Mannheim, Germany

Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116



CE 0123 30 °C 4 °C



REF 07819382446