

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakher
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 46

M22- 0013961

14/05/2023

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : DINIA BENNAAR VUE BELGOUR
 Date de naissance : 2-3-57
 Adresse : 64, Rue Imam Al Haramou
 1^{er} étage. N° 009
 Tél. : 0669. 373031 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DINIA BENNAAR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 18/01/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Univers Saint-Hicham JAMALI 116, Rue Mellaï El Fadil Tel.: 05 22 98 09 00	18/1/83	108.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte p-

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

↙ AH, HC

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533411	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A dental arch diagram showing upper and lower teeth. The upper teeth are numbered 1 through 8 from left to right. The lower teeth are numbered 1 through 4 from left to right. Each tooth is circled with a symbol: the upper teeth have a circle with a 'Y' and the lower teeth have a circle with a 'W'.

bdelle,
chemen7m

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

debelle
sebelle

522 Rue Allée Bégin
18-7822-5225
SAV

Date _____

M. Benita Dine

18/1.23

MODE DE PAIEMENT : ESPECES CHEQUE TRAITE

DATE DE REGLEMENT : _____

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
1	Rennie	14.40	
	Smecta	52.40	
1	Imea	82.40	
			148.90

Pharmacie Univers Saint-Hicham JAMAÏL
116, Rue Sidi El Oulel
Tél.: 05 22 55 09 06 - Casablanca

148,90

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bneau au secours roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640/15DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

Barcode for Smecta Orange Vanille 3G Sachet B30