

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00447

Société : R.F.I

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARNISSI Ahmed

Abd

b319

Date de naissance : 07.01.1943

Adresse : Resid. G. William Iman 18 N°7 ouf EA Casab

Tél. : 06 01 28336

Total des frais engagés : 332,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Voir déclaration médecine longue durée jte

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: 80

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 : Casab Le : 23/06/123

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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

Client du Pharmacien ou du grossiste	Date	Montant de la Facture
Dr. Rabah El Quafsi N° 15 Hay Hassad 89.57.72 - CASA SAFRAHMANE	23.06.23	332,10



ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



MUPRAS DÉPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTÉGER

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

JARNASSI Ahmed

N° CIN :

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

JARNASSI Ahmed

Spécialité : OPHTALMOLOGIE

N° INPE :

N° ICE :

Certifie que Mlle, Mme (M.)

JARNASSI Ahmed

À vie

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Névrose phobie optique blanditante
(H.T.O. EXCRATONI PAPILLIQUE)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

DR W. LAROCHE
DÉPARTEMENT OPHTHALMOLOGIE
CENTRE CHIRURGICAL DES CAVES
12, RUE VILLEMIN - 75010 PARIS
TÉL : 01 42 22 20 20
Fax : 01 42 22 20 20

COSOPT COLLYRE 15Ux2/J 39grs flacon
XOLANSL COLLYRE 1M+2/J 37ml flacon

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA le 26/01/2023

Cachet et signature du médecin traitant : OT 07.2023

*Cette déclaration est renouvelable une fois
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel. MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

PHARMACIE SALMA
SALMA
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15
CASABLANCA

Tél : 0522895772

23/06/2023

Client : MR MARNISSI

FACTURE N° : 10434

du 23/06/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	XOLAMOL SOLUTION OPHT 5 ML	110,70	332,10	7%

Total TTC 332,10



Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TROIS CENT TRENTÉ DEUX DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	310,37	21,73	332,10
		310,37	21,73	332,10

