

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° M21- 0061558

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Nou BSiT Mohamed
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0666262795 Total des frais engagés : 37,39 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Mr ELBAOUI Fatima
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 : 24/04/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ 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 d'Orléans 4 Boulevard de la Chapelle 75018 Paris Tél: 01 40 05 10 47 N° 75 2 04520 3		37,39 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS

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

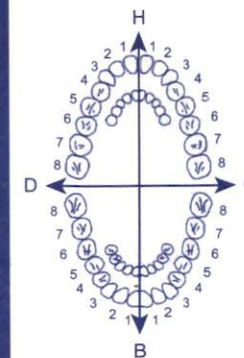
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou

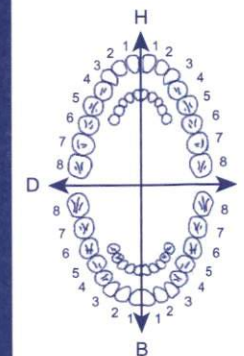
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU C MASTICATOIRE

H	B
25533412	214335
00000000	00000000
D	B
00000000	00000000
35533411	114335

[Création, remont, adj
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessai

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PC: 03400938771695
SN: 10324815269992
EXP: 03 2027
LOT: NE9171

LEVOTHYROX® 25 µg
comprimés sécables
90 comprimés sécables

D'EXECUTION

PC: 03400930065570
SN:
EXP:
Lot:

62122285278
07/2026
602108

Losartan
Sandoz®
100 mg
Losartan potassique
90 comprimés sécables
06

PHARMACIE DU METRO STALINGRAD

4 boulevard de la Chapelle

75018 PARIS

TEL :

le : 07/03/2024

Op : 2 15:17

FA240018442 POSTE4

Produit

Qté A régler Total

Vente du 07/03/24 240018442

pour CLIENT

ATENOLOL SDZ

100MG CPR BT90

1 15,67 15,67

LEVOTHYROX 25AG

CPR SEC PLQ

PVC/ALU/90

1 4,35 4,35

LOSARTAN SDZ

100MG CPR BT90

1 13,29 13,29

*HONOR. REMBOURS.

1 0,51 0,51

*HONOR. SPECIFIQ.

1 3,57 3,57

Sous total en EUR

37,39

Net à payer en EUR

37,39

Dont TVA :

0,77

07/03/2024 Espèces en EUR

37,39

Nombre d'articles :

3

Montant des Honor. de Disp.

12,36

Pharmacie du Metro Stalingrad
4 Boulevard de la Chapelle
75 018 Paris
Tel: 01 40 05 10 47
N° 75 204520 3