

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.

Reéducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-468004

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

06334

Société :

HLA

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

EL JERARI OMAR

Date de naissance :

13/12/53

Adresse :

16 Rue Air ELATI
CASABLANCA

Tél. :

066301798

Total des frais engagés :

296

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS

Date de consultation :

17 OCT. 2019

Nom et prénom du malade :

EL JERARI OMAR

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 : 07/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

MUPRAS Société Anonyme Appréciée - Siège Social : 16 Rue Mohamed EL ELATI, Casablanca - Quartier EL ELATI
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 15 45 (Ligne) - Fax : 05 22 20 78 18 - www.mupras.ma

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet ou du
Date
Montant de la Facture

5-8-19

148,-

5-10-19

148,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire
Date
Designation des Coefficients
Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien
Date des Soins
Nombre
AM PC IM IV
Montant detaille des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

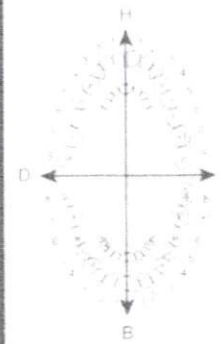
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents Traitees
Nature des Soins
Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

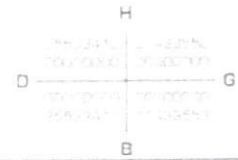
MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



[Creation, remont, adjonction]

Praticien :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ZOTROL 100 mg 98 comprimés sécables

PPV 1480H00

EXP 11/2020
LOT 60055 1

Fa 005-879

Date de vente : 05/10/2019

Médecin traitant :

EL JERARI OMAR

Maroc

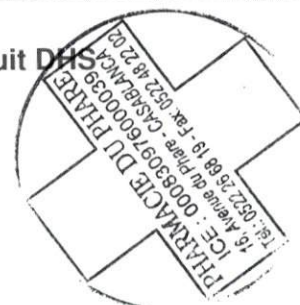
MJD

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ZOTROL CO 100MG B98 COMP SECA	1	148,00	Exonéré (0.00%)	148,00

Total HT	148,00 DHS
TVA	0 DHS
Total	148,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent quarante-huit DHS

1/2 06334



ZOTROL 100 mg 98 comprimés sécables

PPV 148DH00

EXP 11/2020
LOT 60055 1

005-261

Date de vente : 05/08/2019

Médecin traitant :

EL JERARI OMAR

Maroc

MJD

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ZOTROL CO 100MG B98 COMP SECA	1	148,00	Exonéré (0.00%)	148,00

Total HT	148,00 DHS
TVA	0 DHS
Total	148,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent quarante-huit DHS

M/6 06334

