

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie : N° S19- 0000151

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7960 Société : R.A.M. CA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

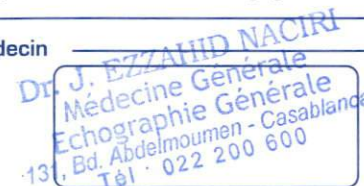
Nom & Prénom : SLIMANE SARAH Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 91 23 57 Total des frais engagés : 620,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 / 10 / 2019

Nom et prénom du malade : SLIMANE Sarah Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : 21 / 10 / 19


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



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

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
10.10.19	C	1	150 00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

10/10/2019 17650

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 des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

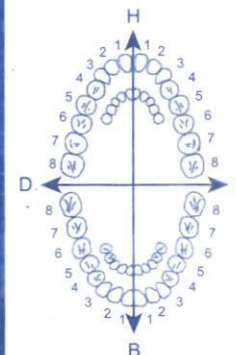
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

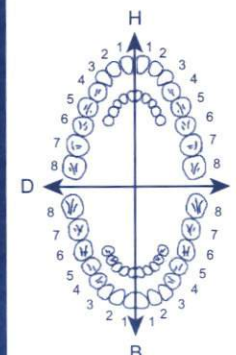
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT: GA81171
PER: 08/2020
PPV: 75 DH 00

NAC

ale
nérale
rgonomie
e Rennes

LOT: M19018
EXP: JAN 2022
PPV: 45.50 DH



زاه
عام
بالص
الأركنوب
فرنسا

79.70
PPV: 78DH70
PER: 05/22
LOT: 11251



PPV: 10DH30
PER: 08/21
LOT: H1765



LOT: 072
PER: AVR 2021
PPV: 120 DH 70

le 10 OCT 2019 في البيضاء

75.00

me: SLIMANE SABAH

LOT 181761
EXP 09/2021
PPV 30.00DH

nnance

1) ~~Aspirine~~ 79.70
Aspirine 79.70

2) ~~Cabaflex~~ 45.50
Cabaflex 45.50

3) ~~Broncholibet~~ 75.00
Broncholibet 75.00

4) ~~Doliprane~~ 10.30 x 2
Doliprane 10.30 x 2

PPV: 10DH30
PER: 01/22
LOT: I038

مومن (مقابل عمارة رونو) الدار البيضاء - الهاتف: 0522 200 600

131, Bd Abdelmoumen (Face Immeuble Renault) - Casablanca. Tél



10.30

5) Aerius 120,70
1 y le m x 1 mois

6) Nazair 75,00
1 pulv / nazair x 2 j

7) oedex 30,00
1 gel le mati.

8) Humex mal de gorge
1 pul x 4 j 30,00

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 30,00 DHS

Dr. J. EZZAHID NACIRI
Médecine Générale
Echographie Générale
131, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 022 200 600

صيدلية ملاك
PHARMACIE MALAK
Docteur LEMSEFFER Habiba
33, Rue Saria Ibnou Tounaim - Palmiers
Tél: 05 22 25 95 86

476,16
54