

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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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° P19- 0005182

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3.000 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FADIL RACHIDA Date de naissance : 15/10/156

Adresse : 75 Rue OMAR S LAoui 078A

Tél. : 0661063696 Total des frais engagés : 440,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

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 : 01/10 Le : 1/10/19

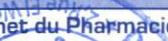
Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11 Nov 2019	440,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la professio

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE MERCURE

TAZI

Docteur en Pharmacie
Diplômé de l'Institut de Gestion
et d'Administration
des Entreprises de Lyon
Diplômé de l'Institut
de Pharmacie Industrielle de Lyon

2, Rue El Woroud - Tél. : 05 22 27 46 26
CASABLANCA

PATENTE 34203430

R. C. CASA 129574

C. N. S. S. 1513648

Le 11 mai 1990

FACTURE

Mme PADIL RACHID

Doit

3	Corvasal 2 mg cp b 30	46,70	14,010
2	MAST-oral 35/15/15 30080	29,22	87,660
			449,90

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Corvasal 2 mg cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Corvasal 2 mg cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Corvasal 2 mg cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Je vous présente la facture
de 449,90 DH au contre
qui sera débité sur le compte.



(50 X 28 X 114) mm

(50 X 28 X 114) mm

150,40

(50 X 28 X 114) mm



valable 3 mois

Le 19/09/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. FATIMA Rachida

Présente un Bére Auriacu Ventre cabine complet

Nécessitant un traitement d'une durée de : longue durée
Rythme 100/100/min AT conversal 2mg l'apres 2h
Vapotier 3 semaines

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Clinique CALIFORNIE
Professeur BENHAI Miloud
Maladie Cardio-Vasculaire
et Diabétique
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tel.: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 98