

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 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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de l'article 9 de la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W19-486579

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01518 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NASSIM ABOUSEBA M.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 40080055 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-486579

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montant des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D 00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
D 00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>													
			Fin d'exécution <input type="text"/>													

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



P 17 / 0064734

DATE DE DEPOT

01/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle	01518
Nom & Prénom			NATIH Abdelan	
Fonction			Retraite	Phones 064008098
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient NATIH ABDESSELAN		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 67 ans		Date 21/10/2019
Nature de la maladie		diabète type 1		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C		1	150	
PHARMACIE		Date 21/10/2019		Signature de Dr. SIBAI HALA MEDECIN GÉNÉRALISTE Lotissement Lina Loin° 186 Sidi M'hammed Sidi M'hammed
Montant de la facture		1093.80		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 01 NOV 2019		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

CACHET

CACHET

Docteur Hala SIBAI

Médecin Généraliste

Diabétologue - Nutritionniste

Lot. Lina N° 186 Sidi Maârouf - Casablanca

Tél.: 05 22 97 46 89

ة هالة السباعي

طب العام

خبرة في التغذية و داء السكري

1 سيدي معروف - الدار البيضاء

05 22 97 46 89 :

Ordonnance

Casablanca, le : 21/10/19

NAJIA ABDESSELAM

1/ Insulet NPH

85,00
x4 32 UI / j matin
22 UI / j soir 3m

2/ Uresta

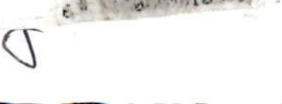
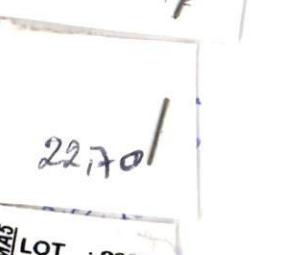
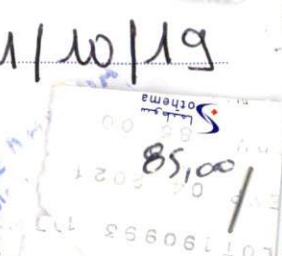
62,70
x3 1cp / j pd 3m

3/ Rinomicine

22,70
x3 1s x 3 / j pd

4/ Imodium

30,50 x 1 1gel x 2 / j pd 10j



15/ Coangini b 50

125.00
x3

1 cp / j matin 3 mai

16/ Kardegic 75

30,70
x3

1 s / j midi 3r

Dr. SIBAI HALA
MEDECIN GÉNÉRALISTE
Lotissement Lina Lot n° 186
Sidi Maarouf Casablanca

Sibai

LOT: 218
PER: SEP 2020
PPV: 125 DH 00

LOT: 228
PER: MAR 2021
PPV: 125 DH 00

LOT: 223
PER: OCT 2020
PPV: 125 DH 00

LOT: 195002
PER: 01 2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70



LOT: 9MA048
PER: 10 2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70



LOT: 9MA048
PER: 10 2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70



1093,80

PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Casablanca Commerciale
Sidi Maarouf Casablanca
Tél: 0522 33 55 87 - 06 93 30 93 14
ICE: 0004977000000023