

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 04/08 relative à la protection des données physiques et électroniques relatives aux personnes.

Site : www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-486579

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	01518	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		NATIHA Abdeslam.	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 4008005.		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 ADHÉRENT	
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 :	

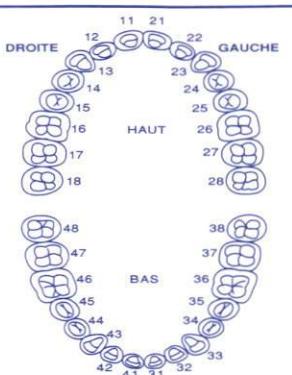
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

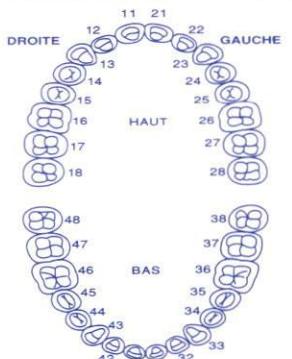
Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 01518

Nom & Prénom

NAJIH ABDESSELAM

Fonction

Retraite

Phones 0649008075

Mail

MEDECIN

Prénom du patient NAJIH ABDESSELAM

Adhérent

Conjoint

Enfant

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

Montant de la facture

1093.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

Dr. SIBAI HALA
MEDECIN GÉNÉRALISTE
Lotissement Lina Lot N° 186
Sidi Mââche - Casablanca

Sibai

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

ICF

11 NOV 2019

CACHET

CACHET

Docteur Hala SIBAI

Médecin Généraliste

Diabétologue - Nutritionniste

Lot. Lina N° 186 Sidi Maârouf - Casablanca

Tél.: 05 22 97 46 89

ة هالة السابعي

لطب العام

حبيبة، التغذية و داء السكري
سيدي معروف - الدار البيضاء

85,00
Fabricated par / Manufactured by
Laboratories SOTHEMA
P.O. Box N° 1, 20180 Bouakoura - Morocco

05 22 97 46 89 : EXP 04/2021

85,00
Fabricated par / Manufactured by
Laboratories SOTHEMA
P.O. Box N° 1, 20180 Bouakoura - Morocco

Ordonnance

Casablanca, le : 21/10/19

NAJIH ABDESSELAM

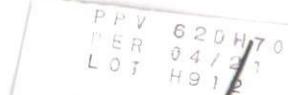
1/ Insuljet NPH

85,00 X4 32 UI/j matin
22 UI/j soir 3ml



2/ Vresta

62,70 X3 1CP/j pd 3ml



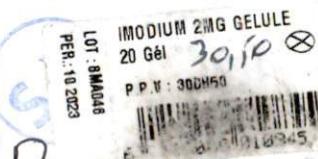
3/ Rinomicine

92,70 X3 1S X 3/j pd 1



4/ Imodium

30,50 X1 1gel x 2/j pd 10,0



15/ Coanginib 50

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

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

X3
125,00

1cp/j matin S.Y
ma

16/ Kardegic 75

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

LOT: 19E002
PER: 01 2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

30,70
X3

1s/j midi 3r

LOT: 19A008
PER: 10 2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70

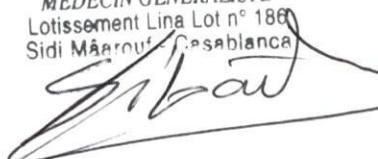
6 118000 061847

Dr. SIBAI HALA

MEDECIN GÉNÉRALISTE

Lotissement Lina Lot n° 186

Sidi Mârouf - Casablanca



LOT: 19A008
PER: 10 2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

1093,80

PHARMACEUTIQUE AHMIDA
Rue 1100 Avenue de Commerce
Sidi Mârouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 57 - 06 03 30 93 14
ICF: 000422-000000083