

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 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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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 caractére personnel.

N° W19-437139

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	210282	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné	<i>Royal air Maroc</i>	
Nom & Prénom : <i>Abdou Mokhtar</i>			
Date de naissance : <i>30/10/1960</i>			
Adresse : <i>habitat</i>			
Tél. : <i>0522 76 66 42</i>			
Total des frais engagés :			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<i>DR HASSAN CHEFFI Médecin Généraliste Rue 23, N° 69, Hay El Qods au Maroc Mosquée Fatima Zahra - Sidi Ben Houssein CASABLANCA</i>		
Date de consultation :	<i>CHABRoui MOUKHTAR</i>		
Nom et prénom du malade :	<i>Age:</i>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>Alléch digestive</i>		
En cas d'accident, précisez les causes et circonstances :			
<i>DR HASSAN CHEFFI Médecin Généraliste Rue 23, N° 69, Hay El Qods au Maroc Mosquée Fatima Zahra - Sidi Ben Houssein CASABLANCA</i>			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *MSA* Le : */ /*

Signature de l'adhérent(e) : *S.A.*

VOLET ADHERENT	<input type="checkbox"/> Mupras
Déclaration de maladie	N° W19-437139
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.	
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
ACCUEIL	
Total des frais engagés :	

CEMEX USA CHARTS NEW GROWTH OPPORTUNITIES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3/09/2019	U	150	150	INP : 6910400824 SSAN CHEF Généraliste El Oues Jace di Bernoussi 07/03/7851

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
CEG AI Ondre SNC Cesablanc	3/09 2015	CHAMPS DE FOY	28390

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

MELEVE HES FRAIR EI NUUNOMAIES

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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []																				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G			00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	B	
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	<hr/>																							
	D	G																						
	00000000	00000000																						
	<hr/>																							
	35533411	11433553																						
B																								
[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

49,00

LOT : 6355
UT. AV : 06-23
P.P.V : 47 DH 20

35,70

LOT : 1911000 1
EXP : 05.2022
PPV : 35,70

LOT :

EXP :

PPV :

49,00

3 | 09 | 20

LOT : 190590 1
EXP : 04.2022
PPV : 35,70

35,70

LOT : 191132 2
EXP : 05.2022
PPV : 35,70

35,70

CITA Banoui Mokhtar

49,00 x2 Belmazal 20

S.V

PIZZA SPAGHETTI
Carré d'Or International

47,80

1 mJ

Liberty 14

Tuimeditario

S.V

M x 3

No 16459

86640

Al Dug 301

1 mJ

S.V

1 mJ

le x 3 mJ

S.V

Levra Guine S.M

S.V

1 mJ

S.V

1 mJ

S.V

35,70 x3

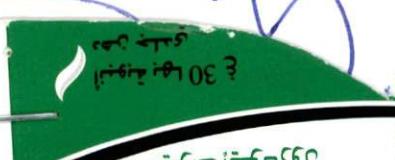
ELIE MACIE CHOFRANE
111, HOUA LAHA
N° 1 N° 116 Bloc (C)
Bâtiment Al Qods Stdi Bernoussi
Casablanca

31,60

283,90

البيضاء

Rue 23 N° 69 - 1



HASSAN CHEFFI
Médecin Généraliste
N° 69, Hay El Oued an face
à la 269, Tel. 022.73.78.51
Sous le pont de la 23, Tel. 022.73.78.51
Bernoussi - Casablanca

دكتور حسن شفي

31,60

بلمزول

أومبيرازول

20 ملخ

ZOL® 20 mg

gélules