

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.

Biologie 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 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0010389

Maladie

Dentaire

CA

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5285

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZIATI IT LOUD

Date de naissance : 28.10.1957

Adresse : LOT EL VIAFA N° 284 DERROUT

Tél. : 06.66.80.3893 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/11/18

Nom et prénom du malade : Tayachi RABIA

CRRAH 21 Nov. 2018

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite aigüe, la halsies, eczéma

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 :

Signature de l'adhérent(e) : SA

Le : 19/11/2018

MUPRAS

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
02/11/19	C		120dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22	01/01/94	- 261,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAÎRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary arch, with upper teeth on the left and lower teeth on the right. The teeth are arranged in a curve, with the central incisors at the top and the molars at the bottom. Each tooth is assigned a number and a symbol, such as '1', '2', '3', '4', '5', '6', '7', '8', 'H', 'V', 'Y', and 'I'. The numbers are placed near the roots of the teeth, and the symbols are placed near the crowns. The arch is divided into four quadrants by a vertical line (mesiodistally) and a horizontal line (buccolingually). The quadrants are labeled: 'H' (mesial, upper central incisors), 'D' (mesial, lower central incisors), 'B' (distal, lower molars), and 'C' (distal, upper molars).

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MEDECINE GENERAL

107, Lot El Wahda II - 1er Etage
Deroua - Tél. : 05 22 53 20 70

الطب العام

7052225305, تجزئة الوحدة II, الطابق الأول
الدروة, الهاتف : 05 22 53 20 70

Deroua, le : 08-11-19 الدروة, في :

Rayah . Rabiae

- 1 - Amoxicil 1g
2 - Rhinathrid 8g
3 - Voltarane en gel (28g)
4 - Voltarane 1g
5 - Diprospan 1g

261,05 -

DOCTEUR CHOUAIKH AFAF
107, Lot El Wahda II - 1er Etage
Deroua, Tél. : 05 22 53 20 70

LOT: M0443
EXP: AVR 2021
PPV: 53,00 DH

PPV: 55,00 DH
LOT: 601521
PER: 04/20

ساليسين

LOT: 550
PER: AUT 2021
PPV: 37 DH 60

PER: 03 2021
LOT: 800448
RHINATHIOL 5% AD
SIROP FL 200 ML
P.P.V: 39DH20

6 118000 061403

18001 030408
VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV: 78,20 DH