

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Prothésaire :

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



ND: 37429

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023710

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1110 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : LAARIF LARBI Date de naissance : 01/7/1952
Adresse : 16 RUE 1 HAY ELHARBA Berrechid
Tél. : 0661138022 Total des frais engagés : 1090,62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 01/06/2020
Nom et prénom du malade : EL FAROUKI MALIKA Age : 67 ans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Diabète + Hypothyroïdie
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.

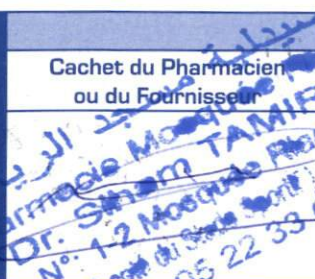
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Berrechid Le : 19/8/2020
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
01/06/20	C		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Montrose Dr. SIMAM TAMIR N°: 1-2 Mosquée Pich Hay Riad (Accès du Centre) 11000 Tél / Fax: 05 22 33 68 22	01/06/20	1 090 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

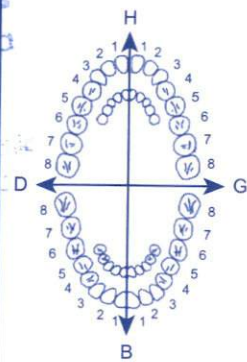
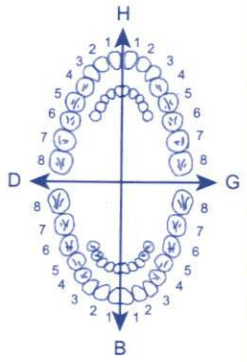
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<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">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL

Berrechid, le... 01/06/2020

Pharmacie Dr. Siham TARRIS
 No: 1-2 Mosquée Rind
 Hay Riad (A côté du Stade Sportif) Berrechid
 Tél / Fax: 05 22 33 68 22

ORDONNANCE

Sanofi-aventis Mar Route de Rabat -R.P.1 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V. : 68,80 DH

Sanofi-aventis Maro Route de Rabat -R.P.1 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V. : 68,80 DH

68,80 x 3 Mlle MALIKA EL FAROUKI
 64100 x 4

① Amarel 4 mg

Sanofi-aventis Maro Route de Rabat -R.P.1 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V. : 84,00 DH

24,40 x 4 1 - 1 - 0

② Levothyrox 100 mg

Sanofi-aventis Maro Route de Rabat -R.P.1 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V. : 84,00 DH

13,40 x 3 1 - 0 - 0

③ Levothyrox 50 mg

Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

118001102013
 Levothyrox® 50µg,
 omprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

Levothyrox® 50µg, Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6,80 x 3 ④ Levothyrox 25 mg

COOPER PHARMA
 PPV : 6,80 DH

Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

390,60 ⑤ GALVUS MET 50 / 200 µg

6 118001 031092
 GALVUS MET® 50 mg/1000 mg/
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390,00 DH

Signature and stamp of the pharmacist.