

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

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

La 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



NO: 18826

Déclaration de Maladie : N° P19-0019267

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5213 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SASSI ELIDRISSI Sidi Date de naissance :
Adresse : RESIDENCE SFATI BA N°2 TADART CALIFORNIE
Tél. : 060057750 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 9/12/19
Nom et prénom du malade : SASSI ELIDRISSI Sidi Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection ORL Rhino
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 : Casablanca Le : 01/2020
Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
9.12.19	C1			

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
7.12.19	C1	1	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SNC PHARMACIE SOUMET	5/12/14	597,30
CCR 427 - 94016 CRÉTEIL CEDEX		
AGRÉÉ ORTHOPÉDIE	13/12/19	13,29 € = 20,70 €
01 49 80 03 14 - Fax : 01 49 80 50 18	29/01/20	

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NC PHARMACIE SOUMET CCR 427 - 94016 CRÉTEIL CEDEX AGRÉÉ ORTHOPÉDIE 01 49 80 03 14 - Fax : 01 49 80 50 18	5/12/19 13/12/19 29/01/20	597,30 13,79 € 6,99 € = 20,78 €

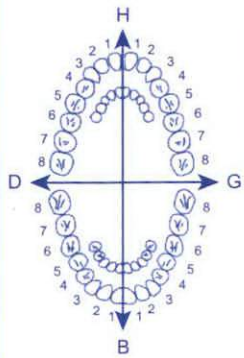
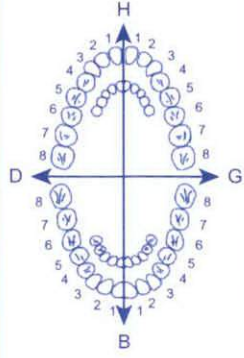
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD.

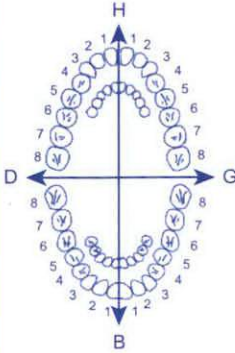
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</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	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

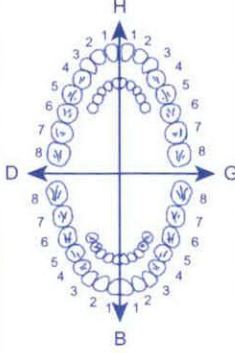
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rhinocort®
budesonide
64 microgrammes/dose

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 9.12.19

Rhinocort®
budesonide
64 microgrammes/dose

Rhinocort®
budesonide
64 microgrammes/dose

Mr SADRI EC DMYN Sam

LOT N°:

U.T. AV:

PRV: 42,00

42,00

1. produit de

300 litres vides

2. Rhinocort

2/1 l. b. c. f

83,10

3 No.

83,10

83,10

83,10 x 3

3. allergène

100 litres 3 No.

PHARMACIE MAJORELLE

Coopérative Sofaca I, N° 14
Ouled Taleb, Calmarie

Tél: 05 22 50 81 42

29130

SNC PH SOUMET C SANTE I
CAP SANTE I .

CCR 427 (PORTE 23)

94016 CRETEIL CEDEX

Tel : 0149800314

No SIRET : 41874006400013

Code NAF : 4773Z' - FR73418740064
FRANCE

CARTE BANCAIRE
SANS CONTACT

A0000000421010

CB

le 09/01/20 a 18:10:53

PHARMACIE SOUMET

94000

CRETEIL

2044858

30002

41874006400013

*****4035

11BCF34B89DDF61C

706 001 062860

C

MONTANT

6,99 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT
A CONSERVER

SNC PH SOUMET C-SANTE I

CAP SANTE I .

CCR 427 (PORTE 23)

94016 CRETEIL CEDEX

Tel : 0149800314

No SIRET : 41874006400013

Code NAF : 4773Z - FR73418740064

FRANCE

CARTE BANCAIRE

SANS CONTACT

A0000000421010

CB

le 13/12/19 a 17:33:30

PHARMACIE SOUMET

94000

CRETEIL

2044858

30002

41874006400013

*****4035

FEF27F8B0E2A2685

704 001 058428

C

MONTANT

13,79 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER