

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 étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-685230

103216

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5552 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SOUHAIL ABDELMAJID

Date de naissance : 01-01-1963

Adresse : HABITUELE

Tél : 0662183090 Total des frais engagés : 51,00 DH Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Achat Libre

Date de consultation : 06/01/2022

Nom et prénom du malade : SOUHAIL ABDELMAJID Age : 56 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DMLT

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 : 06/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
	5/10/22	51,00

[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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS 	
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION 	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE EL HILAL

77. Rue Francois Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

F A C T U R E

Client.....SOUHAIB ABDELMAJID
 ICE.....
 Date.....10/02/2014
 FACTURE.....3255

! QUANTITE !	DESIGNATION	! PPV !	MONTANT	! TVA !
1	HUMEX COLLUTOIRE	30.00	30.00	7
1	FEBREX AD	21.00	21.00	7
DONT TVA: 7 %:		3.34	TOTAL :	51.00
DONT TVA: 20 %:		0.00	TOTAL NET:	51.00
TOTAL TVA :		3.34		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
 CIQUANTE ET UN Dirhams 00 Centimes

PHARMACIE EL HILAL
 77, rue Al Plateaux - Casablanca
 Tel: 0522 25 96 06 - ICE: 001513239

