

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 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 |

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



Déclaration de Maladie N° 2509

N° W19-431648

LE 03/09/2019

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2509

Société :

Actif

Pensionné(e),
Nom & Prénom :

CHIADI M. AFIA

Autre :

Date de naissance :

04/01/57

Adresse :

Tél. : 066.10956.13

Total des frais engagés : 45.80 Dhs

45.80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 02/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-431648

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2509

Nom de l'adhérent(e) : CHIADI M.

45.80

Total des frais engagés : 45.80

Date de dépôt :

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
.....	INP : <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.07.19	<u>£ 45,80 f</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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

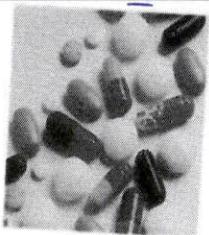
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 16x16 grid with a path from point D to point H. The path consists of a series of connected circles, each containing a number. The path starts at D (bottom-left), goes up to a circle with value 8, then right to a circle with value 15. It then follows a zig-zag pattern through several circles, some of which have question marks. The path continues to the top edge, where it ends at H (top-center) after passing through a circle with value 1.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE IZDIHAR
154 LOT AL IZDIHAR SIDI EL ABED HARHOURA

R.C : 89686

T.V.A :

Patente: 28027133

C.N.S.S: 9506562

Tél : 05-37-62-67-39

Le 20/07/2019

FACTURE N°31

N° ICE : 001824000000064

N° IF : 56417165

MM CHIADMI AFIFA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	TOPLEXIL SIROP	15,70	15,70	1,03	7,00
1	DOLIPRANE 500 MG 20 CPS EFF	15,80	15,80	1,03	7,00
1	RHINOFEbral	14,30	14,30	0,94	7,00

TOTAL T.T.C :

45,80

Vbr Articles	TVA 7% Base :	45,80	Montant	3,00	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	---------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Cinq Dirhams et 80 centimes.

PHARMACIE IZDIHAR
SIDI EL ABED HARHOURA
2019-07-20
Signature

لدواء سومني لـ Prescription médicale.

رينوفيفرال®

باراسيتامول - كلوروفيتامين - فيتامين س
Rhinofebral®

كسولة

RHINOFEBRAL®
20 GELULES
Paracétamol 400 mg, Maléate de
chlorphénamine 20 mg
Acide ascorbique 000mg/gélule

6 1180000080497



ملع

500

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج

ج