

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.

que :

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.

aire :

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.

die 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

d'hésion 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.

S : 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

Nº P19- 0043049

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00487

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN AÏCHA

Bouchairi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-043049

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
DROITE HAUT BAS GAUCHE				Coefficient des travaux <input type="text"/>
HAUT BAS				Montant des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
DROITE HAUT BAS GAUCHE	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	 <input type="text"/>
		D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	 <input type="text"/>
		Montant des soins <input type="text"/>		
		Date du devis <input type="text"/>		
		Fin d'exécution <input type="text"/>		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		

1995-1996
1996-1997
1997-1998
1998-1999
1999-2000
2000-2001
2001-2002
2002-2003
2003-2004
2004-2005
2005-2006
2006-2007
2007-2008
2008-2009
2009-2010
2010-2011
2011-2012
2012-2013
2013-2014
2014-2015
2015-2016
2016-2017
2017-2018
2018-2019
2019-2020
2020-2021
2021-2022

2000-01-02

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers in a certain industry.

196
197
198
199
200



P 17 / 0057467

DATE DE DEPOT

1..... /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 487		
Nom & Prénom... BENOU LA Bouchairi		Signature de l'adhérent		
Fonction	Phones			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient BENALIA BOURCHAIRI			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 27/08/19
Nature de la maladie fracture hanche gauche		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances chute à domicile				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
S	S	294.00		
PHARMACIE	Date 27/08/19			
Montant de la facture 238.00				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires				
AUXILIAIRES MEDICAUX Date 27/08/2019 Nombre Montant détaillé des Honoraires AM FC IM IV				

Docteur Mohamed CHAOUKI

الدكتور محمد شوقي

Orthopédiste Traumatologue

اختصاصي في جراحة الكسر وتنقیم العظام

Chirurgie des maladies osseuses
et rhumatologiques

جراحة العظام والمفاصل

Traumatologie du sport

جراحة الرياضية

Chirurgie de la main

جراحة اليد

Diplômé de l'Université de Bruxelles

خريج جامعة بروكسل

*PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdellatif
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moutouya - El Guifa
Casablanca - Tel: 0522 900005
GCE: 00157327300005*

ORDONNANCE

Casablanca, le : 7/10/2013

BENOVACA Borcoxatid

96,00

Nydroflet



- 1 - 1 - 1

64,40

Brexitin 200 mg
Raftacel



86,90

Rpac 20mg



NSP

CHAOUKI Mohamed
ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE
131, Résidence Jaouharat
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
tel: 0522 266846 - GSM: 06 61 199959

233,00

Posologie et Mode d'emploi.
consulter la notice intérieure.

PPV 94DH00

L.T 18020
FIR 007.21
PPV 070410

57,10

86,90