

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.

Pathologie 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.

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.

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

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° P19- 0010109

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2942

Société : PA.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : D.BALI.ABDESSAÏD

Date de naissance : 19.06.1961

Adresse : BLOUZ AL 12 DECEMBRE

Tél. : 06 51 61 24 44 Total des frais engagés : 210.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdeljalil NABIL
Médecin Général
ECHOGRAPHIE
Bloc "G" N° 12 Détai
Tél. 05 22 53 03

Date de consultation : 02 SEP 2019

Nom et prénom du malade : N° 880145 2014/24 Age : 45

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rougeole

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 : DR. NABIL

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02.10.19.2019

BELEVE 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
02 SEP 2019	CS	1	100,00	Dr. Abdellatif MEDCINE ECHO GRANDE BLOC "0" N° 22532825 Tél: 05 22 53 28 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 662084025	02/09/19	2106854

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
		A M	P C	I M	I V	

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'OD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is oriented with a vertical axis and four directional markers: H (top), D (left), G (right), and B (bottom). The teeth are shaded in a light blue color.

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Abdeljalil Naamane

Docteur en Médecine

Echographie

Bloc Q N° 12 - Deroua

Tél.: 05 22 53 28 25

Visite à Domicile

عبد الجليل نعمان

دكتور في الطب

الفحص بالصدى

بلوك رقم 12 - الدروة

الهاتف : 05 22 53 28 25

زيارة في المنزل

ORDONNANCE

02 SEP. 2019

Deroua, le : الدروة في :

Coltrax[®]
THOMSON

Mr. SBAHMAJ, BOUTERA

11,00
Coltrax (S.A.) EA
37,00 + Meloxicam (S.A.)
42,00
medic
28,80
nizoral
14,40
paracetamol
T = 81,2

PHARMACIE D'ABDELJALIL
MARABOUTINE N° 12
Domicile de pharmacie
Deroua
Gpe. 05 22 53 20 58

LOT 053378
UT AV 11 21
PPV 51.00 DH

6 118001 040131
MOBIC 15mg / 1,5ml
(Meloxicam)
Boite de 3 ampoules injectables
BOTTU S.A. 37,00
PPV : 37 DH 00

37,00
LOT 28,80
REF: 1
Add: 1
UT: AV: 1
LOT N: 1

PARANTAC 1g
PPV 14DH40
EX: LOT 93041
42,00
LOT 93041
EX: 1
BLOC "Q" N° 12 - Deroua
Tél: 05 22 53 28 25