

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.

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.

Déclaration de 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° P19-0004392

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1308 Société : RADIA
 Actif Pensionné(e) Autre Fille
Nom & Prénom : LARABI Radia Date de naissance :
Adresse : 26 Rue LARABI 00742 oasis CASA
Tél. : 0661.1.89.1449 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 SEP 2019

Nom et prénom du malade : LARABI Radia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : colopathie + anxiété

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 : CASA

Le : 08.09.2019

Signature de l'adhérent(e) : Radia

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
06 SEPT 2019	C		150 dollars	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouaoud Oasis - Casablanca Tél. 0522.21.54.49 / 05.22.98.47.20	06/09/19	362,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown with a dashed line.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR SANAE ABDELHAFID

Omnipraticienne

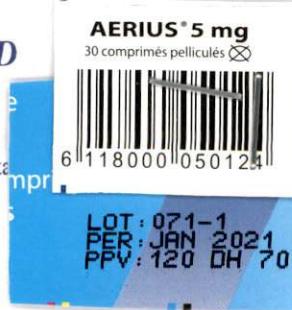
Echographie

D.U Psychologie clinique et médecine comportementale

D.U Thérapie cognitivo - comportementale

D.U Colposcopie

Membre de l'association Marocaine
des Echographistes



الدكتورة سناه عبد
الطب بال
الفحص بال
علم النفس السريري
جلسات العلاج السا
التنظير الى
عضو في الجمعي
للفحص بال

Casablanca, le : 06/09/2019 الدار البيضاء، في :

Melle LARABI Radia

98,00 x 2 *معل* **S.V.**

KALMILIDER

1 cap 2 / j (pendant 01 mois)

45,50 *معل* **S.V.**

SEDATIF PC

2 cps 3 / j à sucer (pendant 07 jour)

98.00

45.50

56.30

CARMINEX

1 sachet / j, ap dej

EFITAC 150 MG B/20

1 cp effer 2 / j, ap

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis Casablanca
Tél: 0522.93.54.49 / 05.22.99.47.20

76.00

NAZAIR

2 pulv ds chaque narine / j , le matin pdt 15j puis

1 pulv / narine / j pdt 03 mois

75.00

120,90 *معل* **S.V.**

AERIUS B/30

1 cp / j (pendant 01 mois)

126,70

362,20
بعضاء
71, Bd Abou Da

BOTTU SA
PPV : 45 DH 50

Etats anxiens
Troubles mineurs du sommeil
sédatif PC®
Casablanca - Tel.: 05 22 73 70 00
71



KALMILIDER 30 GELULES

PRIX : 98 DH

Extrait de Safran

KALMILIDER



KALMILIDER 30 GELULES

PRIX : 98 DH

Extrait de Safran

KALMILIDER