

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1855 Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DER KAOUI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 99 14 97 45 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) :



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 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
DROITE 18 11 21 19 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 70 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 100 111 112 113 114 115 116 117 118 119 119 120 111 121 122 123 124 125 126 127 128 129 129 130 121 131 132 133 134 135 136 137 138 139 139 140 131 141 142 143 144 145 146 147 148 149 149 150 141 151 152 153 154 155 156 157 158 159 159 160 151 161 162 163 164 165 166 167 168 169 169 170 161 171 172 173 174 175 176 177 178 179 179 180 171 181 182 183 184 185 186 187 188 189 189 190 181 191 192 193 194 195 196 197 198 199 199 200 191 201 202 203 204 205 206 207 208 209 209 210 201 211 212 213 214 215 216 217 218 219 219 220 211 221 222 223 224 225 226 227 228 229 229 230 221 231 232 233 234 235 236 237 238 239 239 240 231 241 242 243 244 245 246 247 248 249 249 250 241 251 252 253 254 255 256 257 258 259 259 260 251 261 262 263 264 265 266 267 268 269 269 270 261 271 272 273 274 275 276 277 278 279 279 280 271 281 282 283 284 285 286 287 288 289 289 290 281 291 292 293 294 295 296 297 298 299 299 300 291 301 302 303 304 305 306 307 308 309 309 310 301 311 312 313 314 315 316 317 318 319 319 320 311 321 322 323 324 325 326 327 328 329 329 330 321 331 332 333 334 335 336 337 338 339 339 340 331 341 342 343 344 345 346 347 348 349 349 350 341 351 352 353 354 355 356 357 358 359 359 360 351 361 362 363 364 365 366 367 368 369 369 370 361 371 372 373 374 375 376 377 378 379 379 380 371 381 382 383 384 385 386 387 388 389 389 390 381 391 392 393 394 395 396 397 398 399 399 400 391 401 402 403 404 405 406 407 408 409 409 410 401 411 412 413 414 415 416 417 418 419 419 420 411 421 422 423 424 425 426 427 428 429 429 430 421 431 432 433 434 435 436 437 438 439 439 440 431 441 442 443 444 445 446 447 448 449 449 450 441 451 452 453 454 455 456 457 458 459 459 460 451 461 462 463 464 465 466 467 468 469 469 470 461 471 472 473 474 475 476 477 478 479 479 480 471 481 482 483 484 485 486 487 488 489 489 490 481 491 492 493 494 495 496 497 498 499 499 500 491 501 502 503 504 505 506 507 508 509 509 510 501 511 512 513 514 515 516 517 518 519 519 520 511 521 522 523 524 525 526 527 528 529 529 530 521 531 532 533 534 535 536 537 538 539 539 540 531 541 542 543 544 545 546 547 548 549 549 550 541 551 552 553 554 555 556 557 558 559 559 560 551 561 562 563 564 565 566 567 568 569 569 570 561 571 572 573 574 575 576 577 578 579 579 580 571 581 582 583 584 585 586 587 588 589 589 590 581 591 592 593 594 595 596 597 598 599 599 600 591 601 602 603 604 605 606 607 608 609 609 610 601 611 612 613 614 615 616 617 618 619 619 620 611 621 622 623 624 625 626 627 628 629 629 630 621 631 632 633 634 635 636 637 638 639 639 640 631 641 642 643 644 645 646 647 648 649 649 650 641 651 652 653 654 655 656 657 658 659 659 660 651 661 662 663 664 665 666 667 668 669 669 670 661 671 672 673 674 675 676 677 678 679 679 680 671 681 682 683 684 685 686 687 688 689 689 690 681 691 692 693 694 695 696 697 698 699 699 700 691 701 702 703 704 705 706 707 708 709 709 710 701 711 712 713 714 715 716 717 718 719 719 720 711 721 722 723 724 725 726 727 728 729 729 730 721 731 732 733 734 735 736 737 738 739 739 740 731 741 742 743 744 745 746 747 748 749 749 750 741 751 752 753 754 755 756 757 758 759 759 760 751 761 762 763 764 765 766 767 768 769 769 770 761 771 772 773 774 775 776 777 778 779 779 780 771 781 782 783 784 785 786 787 788 789 789 790 781 791 792 793 794 795 796 797 798 799 799 800 791 801 802 803 804 805 806 807 808 809 809 810 801 811 812 813 814 815 816 817 818 819 819 820 811 821 822 823 824 825 826 827 828 829 829 830 821 831 832 833 834 835 836 837 838 839 839 840 831 841 842 843 844 845 846 847 848 849 849 850 841 851 852 853 854 855 856 857 858 859 859 860 851 861 862 863 864 865 866 867 868 869 869 870 861 871 872 873 874 875 876 877 878 879 879 880 871 881 882 883 884 885 886 887 888 889 889 890 881 891 892 893 894 895 896 897 898 899 899 900 891 901 902 903 904 905 906 907 908 909 909 910 901 911 912 913 914 915 916 917 918 919 919 920 911 921 922 923 924 925 926 927 928 929 929 930 921 931 932 933 934 935 936 937 938 939 939 940 931 941 942 943 944 945 946 947 948 949 949 950 941 951 952 953 954 955 956 957 958 959 959 960 951 961 962 963 964 965 966 967 968 969 969 970 961 971 972 973 974 975 976 977 978 979 979 980 971 981 982 983 984 985 986 987 988 989 989 990 981 991 992 993 994 995 996 997 998 999 999 1000 991			

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire												
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; width: 30%;">D</th> <th style="text-align: center; width: 40%; border-left: 1px solid black;">H</th> <th style="text-align: center; width: 30%;">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center; border-left: 1px solid black;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center; border-left: 1px solid black;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center; border-left: 1px solid black;">11433553</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H	G	00000000	25533412	00000000	00000000	35533411	00000000	00000000	11433553	21433552
D	H	G											
00000000	25533412	00000000											
00000000	35533411	00000000											
00000000	11433553	21433552											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-386186	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
		:
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.		



W18-386186

DATE DE DEPO'

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 1855	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	BERKAOUI Mea	Signature de l'adhérent
Fonction :	RETRAITE Phones 0699149745	Signature de l'adhérent
Mail	Derkaoi_1952456@mail.com	-

MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 04/10/19 Date 1ère visite	

Gastro-estéatique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<i>DR. BENALI Spécialiste en NC Urgentiste et Berrechid NPE: 061011</i>

PHARMACIE	Date 04/10/2019
Montant de la facture	147.00

Signature : 

Pharmacie AMAGOUR YOUSSEF
 ANGOUVIA, Béchar
 Algérie
 Tel: 05 27 32 41 21
 Fax: 05 27 32 41 22
 E-mail: youssef.amagour@yahoo.fr

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
.....

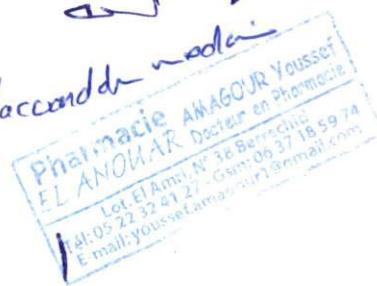
AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
				CACHET

ORDONNANCE

28.10 7st Dernier Leo 9/10/19
n°1

Vogel → S.V.

38,00 11C → S.I. et ✓
a l'accord du médecin



Bout → S.V.

6.11.10 rel. btl 2 → S.V. 2

11.11.08 Dely → S.V. 17 → Dr. BENAKDAD DOUR Bazzam
Spécialiste en Médecine Oxygénique
Dr. BENAKDAD DOUR Bazzam
Spécialiste en Médecine Oxygénique
Dr. BENAKDAD DOUR Bazzam

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

28,10
فو^ثاللين 0,1%[®]
ميطوبيمازين

CO-TRIM[®] FORT

PPV 38DH00

20 comprimés
EXP 05/2023
LOT 94070 2

Lot :
مجموع

Fab :
من

EXP :
 صالح لغاية

335A 10 2018 10 2021
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

PPV 15 DH 86
PER 05 / 22
LOT 11361



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Délégation Provinciale de Berrechid

Centre Hospitalier Provincial de Berrechid S.E.G.M.A

Quittance

N° 161419

Reçu de M.

DÉRKAOUI MOHAMED

La Somme de

QUARANTE DIX

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
CA		40,00
Total		

Cachet du
service



Le 01/10/19

Signature du
Régisseur