

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 06714	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KRITA AHMED			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066178M03 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 14 OCT. 2019 ACCUEIL			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Age:			
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'at/ médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

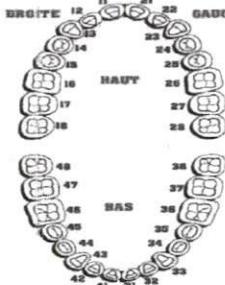
Le : 

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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Début d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des travaux</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Date du devis</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin de</div>								
													
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> H D G </div> <table border="1" style="margin-top: 10px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
VOLET ADHERENT NOM : KRITA AHMED		Mle 6714											
DECLARATION N° W18-383913													
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													

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 6714

Nom & Prénom

KRITA AHMED

Fonction :

Retraité

Phones

0661779118

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 23/07/19

Date 1ère visite

Affection métabolique

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

350.00

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Pharmacie Chahrazad Casablanca

D.A.R.L AU
Rue Ezzouhour 158 Ris
(ex Rue Saint Laurent) Casablanca
Tel. 05 22 81 03 35

Dr. Fatima MAROUDAN
Universitaire
Prof. Ezzouhour 158 Ris
Rue A. Delece
2024 98

540.0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Docteur Fatima MAROUAN

الدكتورة فاطمة مروان

أستاذة جامعية

وأمراض التغذية

رئيسة سابقة بمصلحة الغدد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

خريجة كلية الطب بليون

N° Professeur Universitaire

Spécialiste en endocrinologie, diétologie

et maladies de la nutrition

Ex chef de service d'endocrinologie au CHU de Casablanca

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

Lauréate de la faculté de Médecine de Lyon

Nom :

Knifa Ahmed

Casablanca, le : 23.07.2019

1805+3

Diéofor mine 850



mf 14

ee millee

1cf 1001

ee millee au à la fin des repas

54.06

Pharmacie Chahrzad Casablanca
S.A.R.L AU
Rue Ezzouhour 158 Bis
(ex Rue Saint Laurent) Casablanca
Tél 05 22 81 03 35

att 2més

Diaformine®

Metformine

850 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

bottu SA
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

18,00

F.P.V 18 DH 00

P.E.R 02/22

L.O.T 1501



850 mg

Diaformine®

Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale

bottu SA
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

18,00

F.P.V 18 DH 00
PER 02/22
LOT 1501



850 mg

Diaformine®

Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale

bottu SA
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

18,00

F.P.V 18 DH 00
PER 02/22
LOT 1501

