

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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° P19-0016718

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 031406 Société : R.D.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SEBAAN Me Date de naissance : 27/09/1959

Adresse : RUE 6 NUMERO 20 lotissement Nejma calfatia CSA

Tél. : 0661522514 Total des frais engagés : 508,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 01/08/2019

Nom et prénom du malade : EL OUFI R HODA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : X ACCIATION

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.

25 OCT. 2019

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 : CASABLANCA Le : 25/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/08/15	c	01	600/-	Mansur Dr. Jalal MANSUR MEDICAL DOCTOR Owner Du Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/08/2018	508,54

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.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates the HDBS model's architecture as a 3D grid of nodes. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'D' on the left, and the depth axis is labeled 'B' at the bottom. Nodes are represented by small circles, and connections between them are shown as lines forming a grid structure.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

MINISTÈRE DE LA SANTE

INSTITUT PASTEUR DU MAROC



المملكة المغربية
وزارة الصحة
معهد باستور المغرب

Le 01/08/2019 في

ER OUFR HODA

① nimewlix

② vaxicor2

Dr. JALIL NOURLIL
MEDECIN
Institut Pasteur Du Maroc



1, Place Louis Pasteur - Casablanca 20 100
Tél.: 05 22 43 44 50 - Fax : 05 22 26 09 57
E-mail : sg@pasteur.ma

1, Rue Kortobi, Marshan - Tanger - 90 000
Tél.: 05 39 93 11 11 - Fax : 05 39 93 22 99
E-mail : pasteur.tanger@pasteur.ma



Date	Code client
01/ 08/ 2019	BE492393

Facture : FC / MED / 2019-028815

EL OUFIR HODA

Mode de règlement : Cartes bancaires

Présentation	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Prix HT
Vaccination anti-méningite ACYW	1,00	375,70	0,00	375,70
Acte Vaccinal	1,00	4,67	0,00	4,67
Certificat Vaccinal	1	37,38	0,00	37,38
Vaccination antigrippe SSud	1,00	57,52	0,00	57,52

Total HT	475,27
Montant TVA(7%)	33,27
Frais timbre(0.25%)	0,00
Total TTC	508,54

