

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

cique :

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.

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 caractére 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- 0020118

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2078 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSANE OUDI Date de naissance : 28/01/1966

Adresse : 53292388

Tél. : 06 32 20 45 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 :

Signature de l'adhérent(e) : CUERI 11/19

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| صيادلة الدّمّن طه Pharmacie Al Amine Taha Mosquée Med VI Hay Salam Bouzma Tél: 05 37 74 54 05 | 22/11/13 | 265,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 in each quadrant, with 1 at the midline and 8 at the periphery. Each tooth is accompanied by a small symbol representing its function: upper front teeth have a 'V' shape, upper lateral teeth have a 'Y' shape, upper molars have a 'W' shape, and lower teeth have a 'H' shape. The arch is oriented with the midline pointing upwards, the upper left quadrant to the left, the upper right quadrant to the right, the lower left quadrant downwards, and the lower right quadrant to the far right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

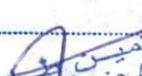
FACTURE

Nº 100750

Baldwinkler Le 02/11/19-
M R GLESSNER Jr.

صيدلية الأمين طه
Pharmacie Al Amine Taha
واسقىءة Med VI Hay Salam
Bouznika
Tél: 05 37 / 45 40 05

Tél: 05 37 74 54 05

| Quantité | Désignation | P.U. | Montant |
|---|---------------------------|--------|-------------------|
| 1 | L Dノバ 10 mg / 30 | 57,80 | |
| 1 | A P10 NCS 300 / 5mg / 28g | 185,60 | |
| 1 | ASpègic 100 mg STS | 21,80 | |
| | | | <u>T = 265,20</u> |
|  Pharmacie Al Amine Taha Mosquée Med VI Hay Salam Bouznika Tel: 05 37 74 54 05 | | | |

LOT : 191121
UT AV : 07/20
PPV:57,80DH

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

6 118000 961113

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain seba Casablanca
 APROVASC 300mg/5mg B28
 Cp Pel
PPV : 185,60 DH


 E 1118001 082049