

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 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

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 23351	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11241		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUSSAID Abdelkrim		Date de naissance : 15-12-64	
Adresse :		Habtielle	
Tél. :		Total des frais engagés : 789,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Abdellah AIT BEN HADDOUCHE Généraliste			
468, BL Abachouaït Dourda, SIDI KACIR, CASABLANCA			
Date de consultation : 28 FEV 2020 83 MARS. 2020			
Nom et prénom du malade : Toussaint ALEX Age: 70			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Allergie HTA			
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 : 08-02-2020**

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
25/02/2011	Acte de soins		130.00	INP : 101126153122

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	Montant des Frais et Honoraires
	28/02/2011	659.80	659.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	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'ODF.																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP :	11111111
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION																																	
FIN D'EXÉCUTION																																	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DATE DU DEVIS																																	
DATE DE L'EXÉCUTION																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																														
ODF PROTHÈSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D		B																						
H	G																																
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553																																
D																																	
B																																	

Docteur Abdelali ATTAF
MEDECINE GENERALE

- ◆ MEDECINE DU TRAVAIL ◆
- ◆ ECHOGRAPHIE ◆
- ◆ HOMEOPATHIE ◆

468, Bd. Aba Chouaïb Doukkali
Av. "A" - Hay Farah - Casablanca
Tél.: 0522 81 13 32

LOT : M0328
PER : 07/2021
PPV: 190,00 DH

Casablanca, le:

28 FEV 2020

MOTILIUM 1MG/ML O
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT : MD138 X
PER : 03/2022
PPV: 33,00 DH

PPV: 98DH00
PER: 06-22
LOT: I 1542

الدكتور عبد العالى عطاف
الطب العام

اختصاصي في طب الشغل
الفحص بالصدى

468، شارع أبا شعيب الدكالي
محل "أ" حي الفرح - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 81 13 32

الدار البيضاء في:

63,30
63,30
63,30
63,30
63,30

LOT:191121
EXP:01/22
PPV:44DH90
Voie rectale

Dr. Abdelali ATTAF
MEDECINE GENERALE
468, Bd Aba Chouaïb Doukkali Hay Farah
TEL : 0522 81 13 32
Pharmacie DABRA LIDA
Dr. Drissi
El Ossam
Tel: 0522 81 13 32
Casablanca

valable 3 mois

Le 28/2/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

N. A. H. A. Abdellah

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Messud AÏCHA

Présente

147A

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Meilleure nouvelle scolaire proposée au travail

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca