

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

- 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.

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° W19-531833

ND: 25 260



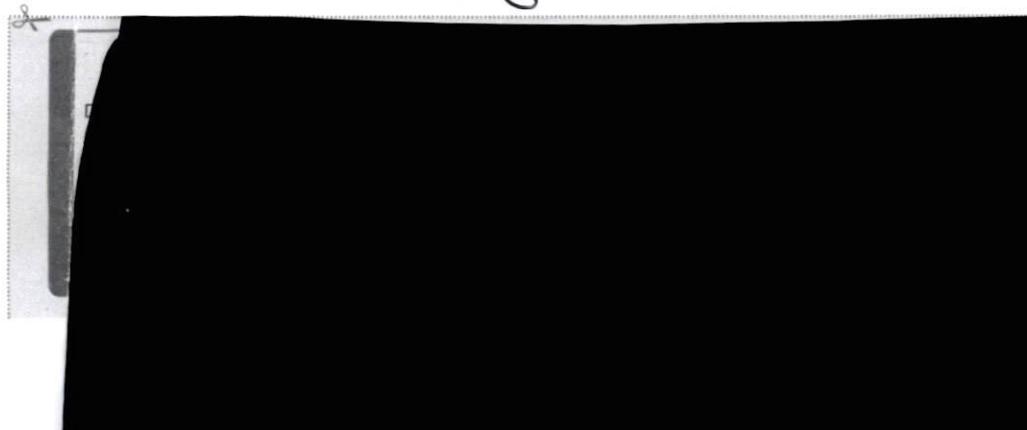
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1787	Société : MUPRAS		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DAHOU NADIA		Date de naissance : 13/11/64	
Adresse :		Tél. : 595	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 11 MAR 2020			
Date de consultation : 11 MAR 2020			
Nom et prénom du malade : M. RETAII OTLOUAR Age: 56			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : RACHIEF			
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 : 11/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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. Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
Important :	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																				
				INP : <input type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
ODF PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	00000000	11433553	35533411	B			
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D		G																						
00000000	00000000	11433553	35533411																					
B																								
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								

الدكتور سعيد الكزوللي

طبيب محلـف

LOT : 191112
UT AV: 07/2022
PPV: 84,000DH

ZOULI
enté
aux
unau

UT AV: LOT N°: Add (DH):

170,00

1-

42,00

2-

3-

4-

5-

TOTAL =

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

60:

LOT 191337
EXP 04/2022
PPV 99.00DH

LOT N°:

UT.AV:

PPV:

42,00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

LOT 182800 EXP 12 2020
PPV 170.00 DH