

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

tions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

tique :

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.

entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1687 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SALHI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-047328

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

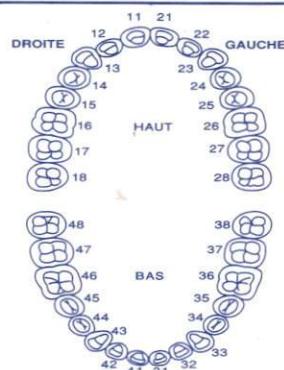
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

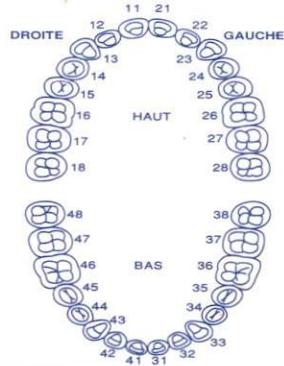
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient
masticatoire



DROITE	11 21	GAUCHE
12	22	
13	23	
14	24	
15	25	
16	26	
17	27	
18	28	
HAUT		
48	38	
47	37	
46	36	
45	35	
44	34	
43	33	
42	32	
41	31	
40	30	
39	29	
38	28	
37	27	
36	26	
35	25	
34	24	
33	23	
32	22	
31	21	
30	11	
BAS		

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 17 / 0059476



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

Cachet
MUPRAS



P 17 / 0059476

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

1685

Nom & Prénom

SALHI Amej

Fonction

Représentant

Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date 18/03/2020

Montant de la facture

339.20

ALAOUI Ahmed
PHARMACIE ABDELLAH
Rue 300, N° 20 - 1010 Chock
Hôpital Med Soltan - Casablanca

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 05/22/2020

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

Docteur Abdessadek NAOUR

MÉDECINE GÉNÉRALE

468, Bd. Abdellah Sanhagi - 1er étage

Drissia 2 - Casablanca

Tél. : 022 80 22 40

الدكتور عبد الصادق ناور

الطب العام

468، شارع عبد الله الصنهاجي - الطابق 1

الإدرسية 2 - الدار البيضاء

الهاتف : 022 80 22 40

المستعجلات : 061 32 09 60

الدار البيضاء، في le 18 MARS 2020

SARAH ATTIA

37.00

Dinner ✓

24.12

n° 901 ✓

DOCTEUR NAOUR
ABDESSADEK
MÉDECINE GÉNÉRALE N° 468
Bd. Abdellah Sanhaji Casablanca
Tél. : 022 80 22 40

2020

ALAOUI
PHARMACEUTIQUE
Boulevard Abdellah Sanhaji
Hôpital Abdessadek Casablanca
Tél. 05 22 21 21 21

Miphent 100 mg
x 100 tab ✓

193.10

Cortiflex 0.05 g
x 100 tab ✓

339.20

LOT 190818
EXP 02/2022
PPV 75.00DH

NFLURIL 30 gélules

PPV 34DH10 ✓ EXP 10/2022
Lot 97035 2

PPV: 193DH10

CODE No.: MPIDRUGS/25/24/83

autorisé N°: 213/14 DMP/21/NN

DUOXOL 500 mg/2 mg

Boîte de 20 comprimés

علبة 20 قرصاً

37,00