

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie 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° W19-457786

HD: 28045

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8669

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Al Fakham

Nom & Prénom : T. ABDULKARIM

Date de naissance : 10/10/1972

Adresse : Lot Al ANARIA Im 388 Rue 1

FIN CHAK Casa

Tél. : 06 73 73 58 97 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-457786

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 :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ORIS HARMA Votre santé est capitale	06/04/10	187,90
PHARMACIE ORLY SUD A190 - 94542 ORLY AEROGARE CEDEX Tél. : 01 49 75 74 70 / 6h-21h Dr Caroune BIGHEL pharmacien		

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.									
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>					
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX					
				MONTANTS DES SOINS					
				DEBUT D'EXECUTION					
				FIN D'EXECUTION					
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES					
					DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="text"/> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS				
					DATE DU DEVIS				
					DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									

X



DR AFAF BENITTO
PEDIATRE – NEUROPIADIATRE

CACHET ET SIGNATURE

DR AFAF BENITTO

CASABLANCA LE 03/02/2020

POIDS: *14kg = 80*
AGE: *1 an et 2 mois*

ORDONNANCE

Tawfiq Abdennour

a) Sabai socket 10ug

1 socket 10ug]
1 socket 5ug] PSP ouffis

DR AFAF BENITTO
PEDIATRE – NEUROPIADIATRE
Cabinet de
Tel: 052278392



JUSTIFICATIF VITALE (Ordonnance payante - 00 -)

No : 4500 91 2 01382 8
PHARMACIE ORLY 4 AZOULAY-IBGHEI Caroline
ORLY SUD 190 Tel:
91550 ORLY AEROPORT
Mal: TAMIFIK

Ne 1e:00/00/1900 Rang:1

Nature: Exo:

CASA
Dr : BENITTO
Ordon du: 06/02/20

No:

Deliv du: 06/02/20

AMO:

Vendeur : SO
QTE-----Produits-----P.U---(Base)--Hon--Taux
3 SABRIL 500MG SACHET 60 43,52 1,02 65%
34009 3378064 7 Ordo: 000005205
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE 0,51 0%
HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE 3,57 0%

TOTAL FACTURE : 137,70 3 Produits
MONTANT A.M.O : 0,00 MONTANT A.M.C : 0,00
Paye par l'assure : 137,70