

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.

Biologie 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

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



Maladie Longue durée Déclaration de Maladie

N° P19- 051386

ND: 28405

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 536 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZOUT KHOUSINE

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : HAS DNARA 2 Rue 21 N°8 CASA

Tél. : 0662027249 Total des frais engagés : 985,40 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.

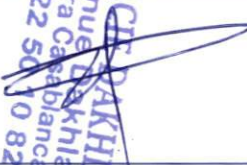
Fait à : Casa Le : 10/06/20

Signature de l'adhérent(e) : C.A.

RELEVÉ 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
<div style="position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -50px; left: -50px; transform: rotate(-45deg); font-size: 8px;"> PHARMACIE DAKHLIA 97, Avenue Dakhila Hay El Anassir Casablanca Tél : 022 50 10 82 </div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0;">  </div> </div>	29/11/20	280,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

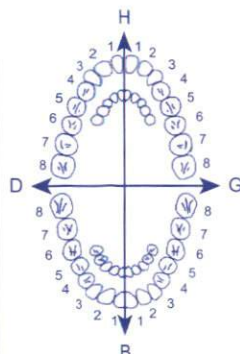
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div> </div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div> </div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div> </div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div> </div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div> </div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div> </div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div> </div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>					
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DAKHLA

MOUAKET RACHIDA

Pharmacien

91, Avenue Dakhla

Hay INARA I - Ain Chock

Casablanca

Tél.: 05 22 50 10 82

صيدلية الداخلة

موقيت رشيدة

91, شارع الداخلة - حي الإنارة 1

عين الشق

الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 50 10 82

Casablanca, le

29/04/2020

FACTURE N° 0003711

TAZOUT LHOUSSENE

Novotapide FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
3 styles pré-remplis de 3ml
P.P.V.: 13300130

Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V.: 134.30 DH
6 118001 08 1028

Cardiopaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 11
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10

Quantité	Désignation	P.U.	Total
1	Ins Novorapin	647	
1	Cardiopaspirine	27,70	
1	Flotuel	155,30	
1	Nefor 800	12,10	
1	Co Aprovel 102	134,30	
			<u>980,40</u>

Après la présente facture
à la somme de neuf cent
quatre vingt cinq et 40 cts

PHARMACIE DAKHLA
91, Avenue Dakhla
Hay El Inara Casablanca
Tél.: 05 22 50 10 82

LOT: 202003
PER.: 12 2022