

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

Souscriptions 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.

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.

Chirurgie 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.

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.

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

- 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.

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

N° P19- 0041089

ND: 98758

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6756

Société : RAM

Actif

Pensionnée

Autre

Nom & Prénom : Mousa Hassane

Date de naissance : 31/03/69

Adresse : Rue 01 N° 163 Hay El Mouta DPT

Tél. : 0661915350

Total des frais engagés : 910 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2020

Nom et prénom du malade : M. Hassane

Age : 56 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

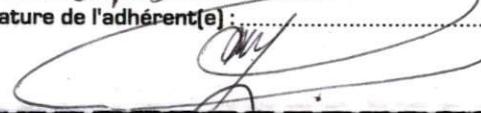
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : 15/06/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/2019	910.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

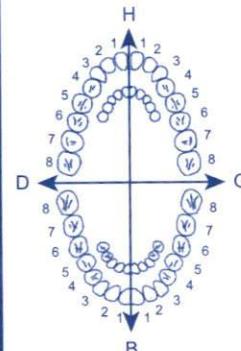
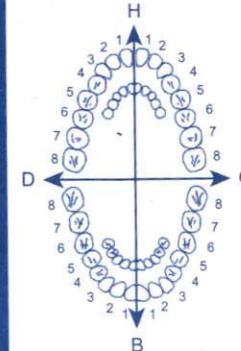
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 bila

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B				<input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة عين الصق
CLINIQUE AIN CHOCH

ORDONNANCE

Casablanca, le

24/02/06

Mr Boussofir Hassan

22.20

①

Cedolyl



Hyp. 38 mg

fl. 20

My. 28 mg

②

Miltone



My. 25 mg



③

Oral



100 mg (67)

(4)

New Rx SV

74.00 x 7

(5)

Lodz 5/6,25 mg x 8
q.s. 70 x 2
ug. 60 x 2

SV

Dr. Karim AHED
Chirurgie Orthopédique
10, rue de la Kasbah 35100
Tunisie

LOT 190540
EXP 03/12/2022
PPV 97.70 DH

SV

PHARMACIE CHIRIFA
Docteur en Pharmacie
Assistance
Tél: 05 22 52 06 38
Inara 1

PPV 92 DH 20
PER 10/12/21
LOT 12426

14091

49,40

49,40

97,70

6 118001 101153
LODOZ 5/6,25 mg,
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 74,00 DH

6 118001 030408
VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV : 76,20 DH

PPV : 74,00 DH
Comprimés pelliculés B/30
LODOZ 5/6,25 mg,
6 118001 101153

6 118001 101153
LODOZ 5/6,25 mg,
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 74,00 DH

6 118001 101153
LODOZ 5/6,25 mg,
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 74,00 DH

6 118001 101153
LODOZ 5/6,25 mg,
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 74,00 DH

6 118001 101153
LODOZ 5/6,25 mg,
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 74,00 DH

6 118001 101153
LODOZ 5/6,25 mg,
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 74,00 DH

7862160244