

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

Consignes 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 canaux, 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 canaux.

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 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° P19- 0041089

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0756 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ...

Nom & Prénom : MAUGENOT HASSAN

Date de naissance : 31/03/64

Adresse : Rue 01/N° 163 Hay Clusia PPT

Tél. : 0661915350 Total des frais engagés : 910 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/20

Nom et prénom du malade : M. Maugénot Age : 56 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : 02/10/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
	24/2/2021	910.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

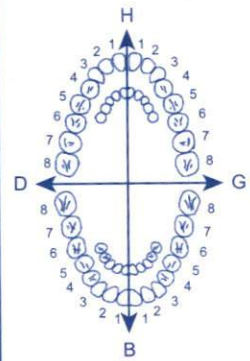
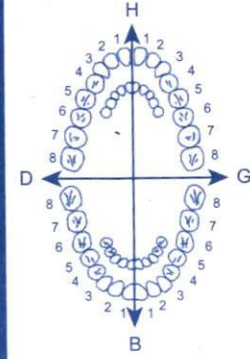
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
		<table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412		21433552												
		D	00000000		00000000												
		G	00000000		00000000												
		B	35533411		11433553												
		[Création, remont, adjonction]															
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				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



معيّة عين الشق
CLINIQUE AIN CHOCK

ORDONNANCE

Casablanca, le 24/02/2020

M^{me} Bousofir Hassaal

22.20

(1)

Codoly (AS) (10j)

1/2 - 3/4

16.20

(2)

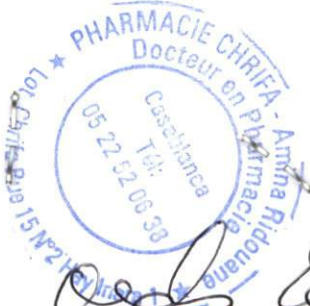
Miltren (AS) (10j)

1/2 - 2/4

en ml de
1/2

(3)

codoly (AS) (10j)



④ New box finished

76.00 x 7

⑤ Leads 6x16, 2 is
1 in 41

97.70 x 2
49.60 x 2

⑥ New SGW

LOT 190540
EXP 03/2022
PPV 97.70DH

1 40 x 1

49,40

49,40

97,70

T. 91060

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

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

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