

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Prothèse 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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0035781

ND: 29747

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3087 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SEBTI JAMIL
Date de naissance : 04.01.61
Adresse : 225 Rue Anou 2450 DADOUSSI MAARIF
CASA
Tél. : 0677065234 Total des frais engagés : 53,40 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : SEBTI JAMIL Age: 01.01.61
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ 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 18.06.20

Le : 18 / 06 / 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
<div> <div> <div>PHARMACIE DES CHAMPIONS</div> <div>Mme. KADIR SOHA</div> <div>140, Rue Brahim Nakhar Maati</div> <div>Casablanca - Tél: 05 22 22 78 4</div> </div> </div>	18/06/2022	53.60

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		<div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D 00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div> </div>		
		(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'EX

PHARMACIE DES CHAMPIONS
MME BEN ABDALLAH KADIRI S.
140 RUE BRAHIM NAKHAI MAARIF CASABL

Tél: 0522237841

Patente N°: 35801630
N° R.C. : 227190
Compte :
CNSS : 2111300
Id.Fiscale : 40802001
ICE : 001610920000057

Le : 18/06/2020

SEBTI JAMAL

FACTURE : 7196 du : 18/06/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	BRONCHATHIOL SP AD /FL 150	31,20	31,20	0,00%
1	CODOLIPRANE COMP	22,20	22,20	0,00%

Total TTC 53.40
Droits de timbre 0.00
Net à payer 53.40

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQUANTE TROIS DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	53,40	0,00	53,40
		53,40	0,00	53,40

PHARMACIE DES CHAMPIONS
Mme. KADIRI Sofia
140, Rue Brahim Nakhai Maarif
Casablanca - Tél: 05 22 23 78 41

