

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.

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

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- 051409

ND: 32491

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HOUARI Abderrahmane

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Résidence Nour Amira

My Abdellah IEC Tadidha

Tél. : 0672835137 Total des frais engagés : 41,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rzaglane AICHA Age: 51

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

L...

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 |
|---|------------|-----------------------|
|  | 11/12/2015 | 41,6 |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

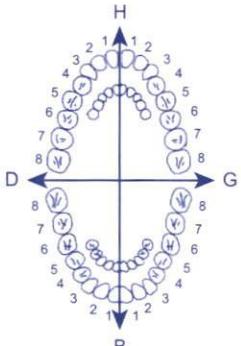
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
| | | A | M | P | C | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AMRANI MOHCINE

Docteur en Pharmacie

65, Lot EL KAMAL SIDI BOUZID - Tél. : 0523 34 86 75 - GSM : 0678 10 40 27

E-mail : haciendaamrani@gmail.com - Patente 42160328 - RC : 17634

FACTURE

El Jadida, le

١١٧١٢٢

| <u>MEDICAMENTS</u> | <u>Oté</u> | <u>P.U</u> | <u>P.Total</u> |
|--|------------|------------|----------------|
| Methylfeline 10 mg 500 ml  | 04 | 10,40 | 41,60 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

PHARMACIE HACIENDA
AMRANI MOHCINE
SIDI BOUZID
0523 34 86 75

عن طريق الفم

مابندة فوسفات 30

بدينج فوسفات 500
500 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقدار غير المسمى

يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لانحة ا
Uniquement sur prescription médicale / Liste I

PER: 10/2021

LOT: 8MA032V

METFORMINE WIN 500MG

CP PEL B30

P.P.V: 10DH40

9 118000 062127

O

المواعيد / HORAIRES /

الصبح / MATIN

الليل / SOIR

النهار / MIDI

المرحومات / REPAS

عن طريق الفم

مابندة فوسفات 30

بدينج فوسفات 500
500 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقدار غير المسمى

يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لانحة ا
Uniquement sur prescription médicale / Liste I

PER: 10/2021

LOT: 8MA032V

METFORMINE WIN 500MG

CP PEL B30

P.P.V: 10DH40

9 118000 062127

O

المواعيد / HORAIRES /

الصبح / MATIN

الليل / SOIR

النهار / MIDI

المرحومات / REPAS

عن طريق الفم

مابندة فوسفات 30

بدينج فوسفات 500
500 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقدار غير المسمى

يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لانحة ا
Uniquement sur prescription médicale / Liste I

PER: 10/2021

LOT: 8MA032V

METFORMINE WIN 500MG

CP PEL B30

P.P.V: 10DH40

9 118000 062127

O

المواعيد / HORAIRES /

الصبح / MATIN

الليل / SOIR

النهار / MIDI

المرحومات / REPAS

عن طريق الفم

مابندة فوسفات 30

بدينج فوسفات 500
500 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقدار غير المسمى

يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لانحة ا
Uniquement sur prescription médicale / Liste I

PER: 10/2021

LOT: 8MA032V

METFORMINE WIN 500MG

CP PEL B30

P.P.V: 10DH40

9 118000 062127

O

المواعيد / HORAIRES /

الصبح / MATIN

الليل / SOIR

النهار / MIDI

المرحومات / REPAS