

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 caractére 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- 0024732

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23.20 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom : RAHHALI Abdellah Date de naissance : 68 ans

Adresse : abdom.rahhali@gmail.com

Tél. : 0667813518 Total des frais engagés : 478,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Khalid fatima Age: 58ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie crânienne

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 :

Le : 08/07/2008

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

G

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;"><u>PHARMACIE DE L'HÔPITAL</u></p> <p>Quarier Nicolas Rue La Fontaine Tél: (03) 31-51-66</p>	23/6/20	478,30

~~Chet du Pharmacien
ou du Fournisseur~~

Date

Montant de la Facture

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	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



File 230 Le 29.05.2000

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M : KHALIL FATHIMA
Ex RATTABA

Présente

Française A.H. 42 ans

Nécessitant un traitement d'une durée de:

AVIC

trois mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit).....

محلية المستشفى
PHARMACIE DE L'Hôpital
Quartier Nicolas Rue La Fontaine

No 56,57 = MOHAMMEDI
Tél: (03) 31-51-68

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

A. H. 42 ans

PPV : 20,00
 Esp :
 PPV : 20,00
 Exp :
 PPV : 20,00
 Exp :
 N° Lot :
 PPV : 20,00
 Exp :
 N° Lot :

PPV :
 EXP :
 N° Lot :



Casab.

Prénom :

25,00 x 2

Digoxine

37,00

ATENON

31,60 x 2

LASILIX

122,10

T 81A tec

20,00 x 10

Sintex

++ 3 - 0,00

178,30

PPV :
 EXP :
 N° Lot :

ONNAN

ATE FAZI MVA

RATHIAL

Lcp +
PHAR
Quartier N
56,57
41,103

100
100

21T

Lcp 15

Lcp et 11a IT

Cac

PPV :
 EXP :
 N° Lot :

LASILIX 40MG
 20CP SEC
 P.P.V : 34DH60
 LOT : 19E008
 PER.:09 2023
 6 118000 060468

37,00

6 118001 040117
 DIGOXINE 0,25 mg
 (Digoxine)
 30 comprimés
 BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

LASILIX 40MG
 20CP SEC
 P.P.V : 34DH60
 LOT : 19E006
 PER.:07 2023

LASILIX 40MG
 20CP SEC
 P.P.V : 34DH60
 6 118000 060466

122,10

20,00

20,00

20,00

20,00