

02317

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.

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.

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 - 8ème 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° P19-0031607

ND: 33052

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02317

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GUADI YAMINA

Date de naissance : 17/07/1975

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 231800

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>MACIE DES SERRES Rue Al Fourel - Casablanca Tél : 05 22 25 79 25 Fax : 248560 - Pte : 35873067 L.F. : 40436642</p>	06/05/2020	€ 318,00

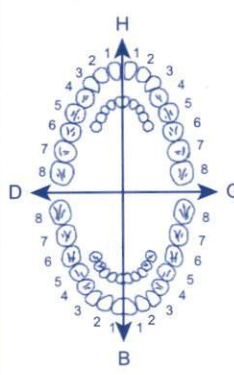
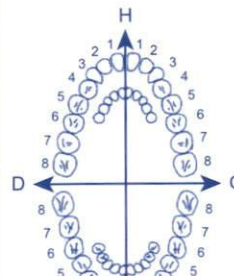
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

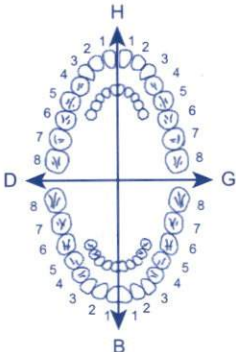
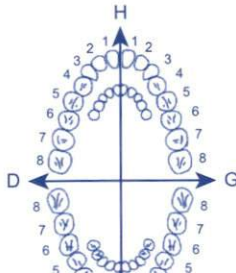
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div>Coefficient des Travaux <input type="text"/></div> <div>Montants des Soins <input type="text"/></div> <div>Début d'exécution <input type="text"/></div> <div>Fin d'exécution <input type="text"/></div>										
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div>Coefficient des Travaux <input type="text"/></div> <div>Montants des Soins <input type="text"/></div> <div>Date du devis <input type="text"/></div>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
			DEBUT D'EXECUTION															
			FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<div>H</div> <table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D ————— G</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td>B</td><td></td></tr></table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D ————— G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														

PHARMACIE DES STADES

50 RUE AL FOURAT CASABLANCA RC:245509

IF:40436642 CNSS:1776569

Tél : 05 22 25 49 25

Patente : 35873067 ICE001634052000076

Facture N° 454 690 Du 06/05/2020

MME EL GUADI *Yanna*

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	DIPREZAR /28	4	126.00	504.00
CO	DIPREZAR /28	3	126.00	378.00
CO	AMEP 5 MG/56	3	97.70	293.10
CO	TENORMINE X 28	3	83.10	249.30
CO	CHOLESTIN 10 MG/28	4	79.40	317.60
CO	PRAZOL 20MG/28	6	96.00	576.00
6	Total	23		2 318.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE TROIS CENT DIX-HUIT DIRHAMS

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
R.C. : 245509 - Pte : 35873067
I.F : 40436642

PPV:126DH00
PER:10/22
LOT:12369

PPV:126DH00
PER:10/22
LOT:12369

PPV:126DH00
PER:10/22

PPV:126DH00
PER:05/22
LOT:11233

PPV:126DH00
PER:10/22
LOT:12369

PPV:126DH00
PER:01/23
LOT:1266

PPV:126DH00
PER:05/22
LOT:11233

LOT:190540
EXP:03/2022
PPV:97.70DH

LOT:190540
EXP:03/2022
PPV:97.70DH

83,10

83,10

83,10

LOT:N03
PER:06-2021
PPV:79,40 DH

LOT:N03
PER:06-2021
PPV:79,40 DH

LOT:N03
PER:06-2021
PPV:79,40 DH

LOT:N03
PER:06-2021
PPV:79,40 DH

PPV:96DH00
PER:03/22
LOT:11717-2

PPV:96DH00
PER:03/22
LOT:12107-2

PPV:96DH00
PER:03/22
LOT:1494-1

PPV:96DH00
PER:03/22
LOT:12915-2

PPV:96DH00
PER:03/22
LOT:12915-2

PPV:96DH00
PER:03/22
LOT:11717-2