

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.

Radiologie 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 la coloadresse doivent être effectuées au moins 10 jours avant la fin de la rééducation.

Report

- 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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

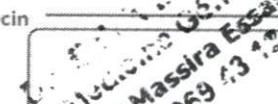


Déclaration de Maladie

Nº W19-479081

ND: 92 34003

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASSIDDIKI MOHAMMED			
Date de naissance :	1950		
Adresse :	lot Malay thami Rue 3N° 25 OULFA		
Tél. :	0699509596		
Total des frais engagés			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	26 JUIN 2020
Nom et prénom du malade :	ASSI DAIKBI mohamed.
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Age: <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	D.N.D
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	22.11.2020
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous <u>ol</u> 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 :-----

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
26 JUIN 2020	C	1	8000	INP : 71043283 H. GOURDAN ESSAC 15/06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien P.C.P. Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SNOUSSI Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed 22 Ziquaq Roumaha Sseaoura Al Jadid Tel: 05 24 79 26 95	26.06.2020	583,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

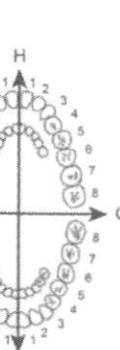
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

26 JUIN 2020

ASSI DDIKI mohamed



R

$$66,30 \times 5 = 331,50$$

Desomil 5
1 fl/50 ml

$$28,00 \times 9 = 252,00$$

glycophase 1000
1 fl.

PHARMACIE SHOUSSI
Docteur GHALI SHOSSI Ahmed
22 Lliquaq Roumanie Essaouira Al Jadida
Tél: 05 14 79 26 95



Att des 0 3 mois.

T : 0 583,00

12/06/2020
Assi DDIKI
Bd. Al Massira
Tel: 06 69 43 12 83

PER.:10 2021

DAONIL 5MG
CP SEC B60

P.P.V :66DH30



6 118000 081333

LOT :19E001
PER.:10 2021

DAONIL 5MG
CP SEC B60

P.P.V :66DH30



6 118000 081333

LOT :19E001
PER.:10 2021

DAONIL 5MG
CP SEC B60

P.P.V :66DH30



6 118000 081333

LOT :19E001
PER.:10 2021

DAONIL 5MG
CP SEC B60

P.P.V :66DH30



6 118000 081333

LOT 200165
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

6 118000 081333

LOT 200165
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

6 118000 081333

LOT 200165
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

6 118000 081333

LOT 200165
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

6 118000 081333

LOT 200165
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

LOT 200165
EXP 02/2023
PPV 28.00DH



6 118000 081333

LOT 200165
EXP 02/2023
PPV 28.00DH



9

LOT 200165
EXP 02/2023
PPV 28.00DH



9

LOT 200165
EXP 02/2023
PPV 28.00DH



9