

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.

Rééducation :

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- 069410

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01518 Société : 34359

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI Abdelhamid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 JUL 2020

Nom et prénom du malade : NASSI Samia 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|--|
| | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Montant des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | | | 00000000 | 00000000 | | | 00000000 | 00000000 | | | 35533411 | 11433553 | | | Montant des soins <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



P 17 / 0064722

DATE DE DEPOT

07/07/2020

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | | Mle | 01518 |
|--|----|---|-----|--|
| Nom & Prénom <u>NASSI Abdoullah</u> | | | | |
| Fonction <u>Propriétaire</u> | | Phones <u>0642888888</u> | | |
| Mail <u></u> | | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient <u>Samira NASSI</u> | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | | Age <u></u> | | Date <u>2.07.20</u> |
| Nature de la maladie <u></u> | | Date 1ère visite <u></u> | | |
| <u>Bouche Hygiène chronique</u> | | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u></u> | | | | |
| Nature des actes <u>C3NR</u> | | Nbre de Coefficient <u></u> | | Montant détaillé des honoraires <u>400</u> |
| PHARMACIE | | Date <u>2/7/2020</u> | | |
| Montant de la facture <u>1056.80 DH</u> | | CACHET | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date <u></u> | | |
| Désignation des Coefficients <u></u> | | Montant détaillé des Honoraires <u></u> | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date <u></u> | | |
| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | CACHET |

الدكتور عبد الله مامو

Docteur Abdellah MAMOU

LOT: 0024
EXP: MAR 2024
PPV: 81,30 DH

LOT: 0024
EXP: MAR 2024
PPV: 81,30 DH

NEURO - PSYCHIATRE

D.U. D'Angers

en expertise médicale

Ex. attaché des Hôpitaux de paris

Médecin Expert auprès des Tribunaux

اختصاص في الأمراض العقلية والنفسانية

م

س

LOT 1824012
EXP 10/2021
PPV 297.00

Casablanca, le 20.07.20 بيضاء في

7^m Samira NATHI.

LOT 2010431
EXP 09/2023
PPV 180,00

LOT: 0024
EXP: MAR 2024
PPV: 81,30 DH

297,00 Fluoxetine 20

180,00 2 gél le m

81,30 Lisdexamfetamine

X3 1/2 cp le m

40,30 Xamep 50

X2 1/2 le m

85,10 Solian 50

X3 2 cp le m

1056,80

40,30

40,30

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 60mg, cp B 30
P.P.V.: 85,10 DH

6 118000 061456

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 60mg, cp B 30
P.P.V.: 85,10 DH

6 118000 061456

Route de Rabat - m...
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 60mg, cp B 30
P.P.V.: 85,10 DH

6 118000 061456

Durée de Traitement 3 mois

R.D.V. le 01/10/2020 à 17h00