

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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

Nº P19- 046496

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1446 Société : R.A.M. 3474

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : D.BALI Mohamed

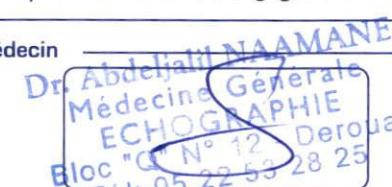
Date de naissance : 18-03-49

Adresse : Bloc 9 n° 11 DEROUA

Tél. : 0522230784 Total des frais engagés : 626,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 JUIL 2011

Nom et prénom du malade : DR. DRAÏE N° 2 Age : 71 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + diabète

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 : DR. DRAÏE Le : 23 JUIL 2011

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-046496

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1446

Nom de l'adhérent(e) : DBALI

Total des frais engagés : 626,10

Date de dépôt :

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
14 JUL 2020	C3	1	100,00	<i>[Handwritten signatures and a large circular stamp reading "Dr. Abdellatif NAAMANE" over "Médecin Généraliste" and "ECHO N° 22 53 28 2020"]</i>
14 JUL 2020	Les	1	4	<i>[Handwritten signatures and a large circular stamp reading "Dr. Abdellatif NAAMANE" over "Médecin Généraliste" and "ECHO N° 22 53 28 2020"]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DULHALEM NAAMANE Dr. DULHALEM NAAMANE BLOC 05 Tél : 05.22.03.43.72</i>	14/07/2020	506,40

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

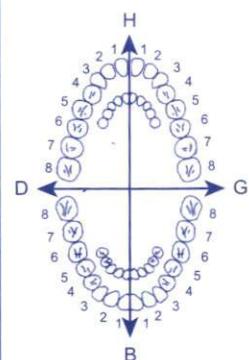
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

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

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
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'EX

Ab

phage¹⁰

A standard linear barcode is positioned vertically on the right side of the page. It consists of vertical bars of varying widths in black ink on a white background.

~~28,00~~
44,70

JRDUNNANCE

roua, le : 14 JUL. 2020 في

14 JUIL. 2020

N₂ DBa₂ - Me₃

68¹/10 x 3

~~243~~ energetic N

44/20

28,000⁶

Gloucester

Noel

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés

A standard linear barcode representing the ISBN or a unique identifier for the book.

44,70

Brain Co

2426600030-02
44/A*b*

May 1, 1957

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg

Barcode

Glucophage® 1000 mg

A standard linear barcode is positioned vertically on the right side of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.

6 1180000813333

280 D 4
90 1000 mg

1912,0
Acétopol/Chloroform
Maphar
Km 10, Route Côtieré 111,
Ouzenatz Ain sebas Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
100cp mv
P.V.: 68,10 DH
n° 5 118001 182350

douleur p
périphérique
oissa
étant
érielle
ose

lement p
même en cas u