

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 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 prothèse ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Langue Runic AIP et ANC

- 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 39 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-545311

34854

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>9576</u>	Société : <u>Royal air Maroc</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AARIZA Mustapha</u>			
Date de naissance : <u>18-05-1959</u>			
Adresse : <u>Téléssent AL KHALIFAH Ét d'92 casa</u>			
Tél. : <u>0641 899393</u>	Total des frais engagés : <u>158,55 F Dhs</u>		

Cadre réservé au Médecin	 MUPRAS ACCUEIL
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	28 JUIL. 2020
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 plicconfidential 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 : 10/7/20

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-545311
<p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p>	
<p>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p>	
<p>Matricule : 9576</p>	
<p>Nom de l'adhérent(e) : ASSE</p>	
<p>Total des frais engagés : 158,55 €</p>	
<p>Date de dépôt :</p>	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
69 2 01988 6	10/07/20	23,31 €
10 JUIL. 2020		

route de Genas 69-60 vtt Echassières

Tél. 04 72 37 51

87.65.01.00

VILLEURBANNE

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Établissements CBM69 Site Médipole	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18 JUIL. 2020		110,24 2 tests sérologiques + PCR

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

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



CAL EMPEDOCLE
GENERALE
9100 VILLEURBANNE
Fax : 04 72 37 39 15



Docteur Michel DINH

Sur rendez-vous:

Du Lundi au Vendredi
Sauf Mercredi après-midi

Adeli: 69 1 12583 5
RPPS : 10003073607

Villeurbanne , 10/07/2020

M. MUSTAPHA AARIZA

61 ans

- 1) **ALFUZOSINE CHLORHYDRATE 10 mg cp LP
(ALFUZOSINE MYLAN LP 10 mg Cpr LP Plq/30)**
1 cp le soir (3 boites)

Dr. DINH QUAN MICHEL

Pharmacie ISOARD
69 2 01988 8

, 3 JUIL. 2020

291 quater, Route de Genas 69100 VILLEURBANNE
Tél. 04 72 37 54 14

CABINET MEDICAL EMPEDOCLE
MEDECINE GENERALE
6, rue du Luxembourg - 69100 VILLEURBANNE
Tél. : 04 78 26 28 03 - Fax : 04 72 37 39 15

Docteur Michel DINH

sur rendez-vous:
Du Lundi au Vendredi
Sauf Mercredi après-midi

Adeli: 69 1 12583 5
RPPS : 10003073607

Villeurbanne , 10/07/2020

M. MUSTAPHA AARIZA

61 ans

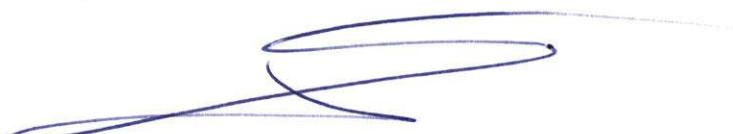
1) prélèvement nasopharyngée covid ;test PCR

2) Prélèvement nasopharyngée
Pour covid

Dr. DINH QUAN MICHEL

*Dr Michel DINH
6, rue du Luxembourg
69100 VILLEURBANNE
Tél. 04 78 26 28 03
Fax 04 72 37 39 15*

(Acte NR)



652019888
INSEE:
35 rue de la pagere

Medecin: DINH Michel
Tel : 0472375414 Code Op: 26
Malade: AARIZA Mustapha
69500 BRON

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	Base65	HĐ	Tx65
2	ALFUZOSINE LP 10 MG ZENTIVA CPR 3	3400935111036	10,38	-	1,02	0
1	Honor. dispens.		0,51	-		0

MONTANT TOTAL : 23,31 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 23,31

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant,
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.