

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

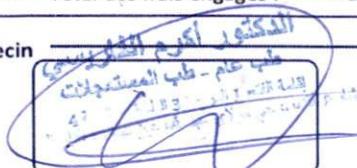
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-471958

ND 36603

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	0914	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : N. M. I. S. S. A. Med			
Date de naissance : 01-06-1944			
Adresse : Hay Foulay Abdellah Rue-189 N°8 casa			
Tél. :	05 22 50 44 92	Total des frais engagés :	409,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> 			
Date de consultation : 04 Juil, 2020			
Nom et prénom du malade : N. M. I. S. S. A. Mohamed Age: 76			
<p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> 			
Nature de la maladie : Cervical			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 AOUT 2020			
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 : casa

Le : 09/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-471958
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
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
11/11/2020	CA		1150 F a/r	INP : 09111528
11/11/2020	CA		G	
11/11/2020	CA			

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
04/07/2022	208,20	196196102605

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>الصيام فا</p> <p>رقم 187 - زرقة عبد الله زرقة</p> <p>حي موصي - العنوان: 18</p> <p>عن الشقق - الهاتف: 092028166</p> <p>INPE: 221 83 18</p>	26/08/22		S.A. N2

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
04 Juil 2020	Col + nasal x				# 5.00

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"/>																
					<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																		
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	D		B		<input type="text"/>
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	35533411	11433553																	
D		B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Akram EL FARSSI
Médecin Généraliste

Médecine Générale - Médecine d'urgence
Echographie - Electrocardiogramme

الدكتور أكرم الفارسي
طبيب عام

الطب العام - طب المستعجلات
الفحص بالصدى - تخطيط القلب

04 Juil 2020

Casablanca le:

Ordonnance

Mr NMISSA MOHAMMED

PPV : 86DH40
PER : 10/22
LOT : 12105

DUOXOL 500/2 MG COMPRIMÉ SÉCABLE BOÎTE DE 20
1 cp x 3/jr pendant 7 jours

DOLICOX 90 mg
1 CP / JR pendant 7 jours

ALZOLE 20 MG GÉLULE FLACON DE 7
1 gel / jr pendant 7 jours

VOLTARENEMULGEL 1% GEL EMULSION TUBE DE 50
1 app x 2/jr pendant 10 jours

37,00
LOT: 185
PER: SEP 2021
PPV: 25 DH

LOT: M0371
EXP: JUN 2022
PPV: 60,00 DH

الدكتور أكرم الفارسي
طبيب عام - طب المستعجلات
الطب العام - طب العاجلة
الطب العام - طب العاجلة
الطب العام - طب العاجلة



Docteur Akram El FARSSI

Médecin Généraliste

Médecine Générale - médecine d'urgence

Echographie - Electrocardigramme

المُدْكُّر أَكْرَمُ الْفَارِسِي
طَبِّبُ عَام

الطب العام - طب المستعجلات
الفحص بالصدى - تخطيط القلب

06 Avril 2020

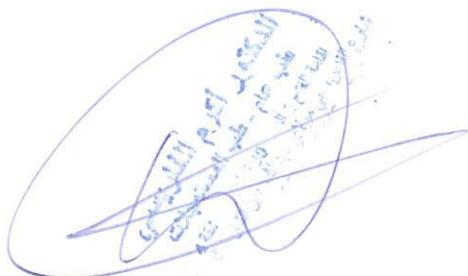
casablanca le :

Ordonnance

Mr NMISSA MOHAMMED



TANGANIL 500 MG COMPRIMÉ BOÎTE DE 30
1 cp x 3/jr pendant 2 semaines



الصيغة المختلطة
عین السقى - المولى عبد الله بن عبد العزیز
15-05-2021-187
INPE: 092028166

⊗ Tanganil® 500 mg
⊗ تانجانيل® 500 ملغم
30 comprimés - 30 قرص -
VTE: MA - PPV: 51DH00
728860



6 118001 183340

