

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W19-452332

N° 36565

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10648

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BAYSSON N. HENRI

Date de naissance : 24-09-79

Adresse :

Tél. : 0661412620

Total des frais engagés : 150DC + 215 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/2020

Nom et prénom du malade : HOUDA BAYSSON N.

Age : 40

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

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.

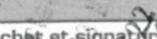
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 09/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
29/01/2020	G2 S		ABINT	INP : [] [] [] [] [] [] [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.01.68	215,35

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Responsable et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			

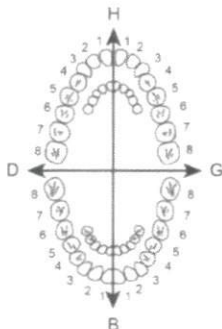
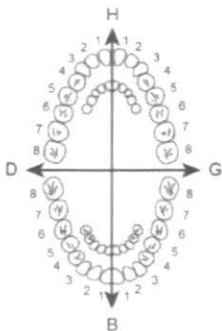
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة حسناء
a CHOURKANI

Casablanca, le 23/01/2022

ne Générale

aphie Générale

Bordeaux En

ologie.

Dermatologie

tionnelle de La

de Medecine de

80.90 X 6

1/ Vitamine D3 B.O.N.

12 mg buse flach
re 3 moi

m 12 mg / 1 buse flach

Au total, 6 buse

89.95

2/ A pofen plus

215 / 35

12 mg / 1 buse flach
re 3 moi

ZENITH Pharma
AMM N°171/16DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
فيتامين D3 ب و ن 200 000 وحدة دولية/1 مل

ZENITH Pharma
AMM N°171/16DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
فيتامين D3 ب و ن 200 000 وحدة دولية/1 مل

ZENITH Pharma
AMM N°171/16DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

APOFER
Plus

Lot N°: L 2228
DP : P: 06/22
DE : 89.95 DH
PVC :

ZENITH Pharma
AMM N°171/16DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
فيتامين D3 ب و ن 200 000 وحدة دولية/1 مل

ZENITH Pharma
AMM N°171/16DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

فرج السلام - عمارة 99 - ج ص 40 - الطابق السفلي - شقة 5 - حي الألف
Essalam - Imm. 99 - GH 40 - RDC - Appt 5 - Oulfa - Casablanca