

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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

ND:37429

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023710

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1110 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IAARIF LARBI

Date de naissance : 01/07/1952

Adresse : 16 RUE 1 HAY ELHOUBA Berrechid

Tél. : 0661138022 Total des frais engagés : 1090,62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2020

Nom et prénom du malade : EL FAROCKI MALIKA Age : 63 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + Hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

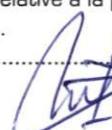
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Berrechid

Le : 19/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
01/06/20	C		G	 Dr. JEAN-PIERRE LEONARD CHUMOPHTSLOGIC

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Shalom TAMIR N° 12 Mostafa Rd Nahariya 33382 0522338322	2011-06-20	1090.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

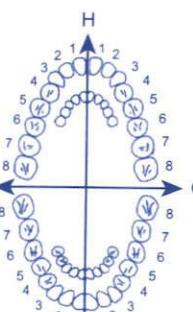
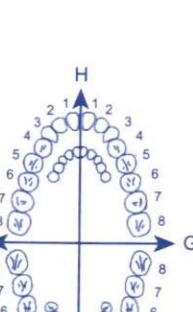
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000	B 00000000	MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL

Berrechid, le ..

01/06/2020

Dr. Sihem TAKHRI
 N°: 1-2 Mosquée Rifi
 Hay Rifi (Accès du Stade Sportif) Berrechid
 Tel / Fax: 05 22 33 68 22

ORDONNANCE

68,80 X 3 Mille MALIKA EL FAROUKI

64,00 X 4

① Amarel 4 mg

24,40 X 4 1 - 1 - 0

② Levothyrox 200 mp

13,40 X 3 1 - 0 - 0

③ Levothyrox 50 mp

118001 102013

Levothyrox® 50 µg,

comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

6,80 X 3 (4) Levothyrox 25 mp

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

390,00

④ GALVUS MET 50 1000 mg

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat-R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V : 68,80 DH

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat-R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V : 68,80 DH

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat-R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V : 68,80 DH

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat-R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat-R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V : 84,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat-R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V : 84,00 DH

611 800110202 0
 Levothyrox® 100 µg,
 PPV: 24,40 DH

6 118001 11 Comprimés sécables B/30
 Levothyrox® 100 µg,
 PPV: 24,40 DH

6 118001 11 Comprimés sécables B/30
 Levothyrox® 100 µg,
 PPV: 24,40 DH

611 800110202 0
 Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

118001 102013 Comprimés sécables B/30

Levothyrox® 50 µg, 118001 102013

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40

Levothyrox® 50 µg,
 Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

PPV: 13,40 DH

118001 102006 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg, Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

PPV: 6,80 DH

COOPERTHERAPEUTIQUE
 118001 102006