

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098

Société : 41819

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DIANI MOHAMMED

Date de naissance : 1/1/1945

Adresse : 19 Rue SULTOUNAÏD BOY DAHA CASAB

Tél. : 0671496770

Total des frais engagés : 1355.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

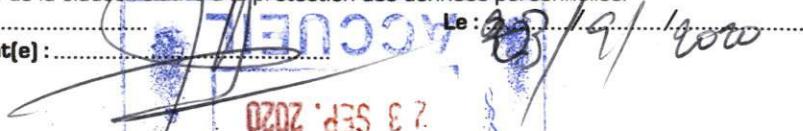
Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : Le : 03/09/2000

Signature de l'adhérent(e) : 

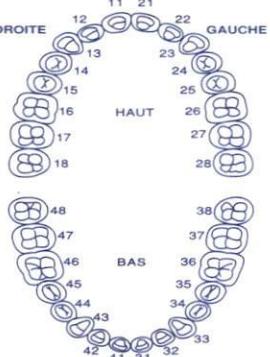
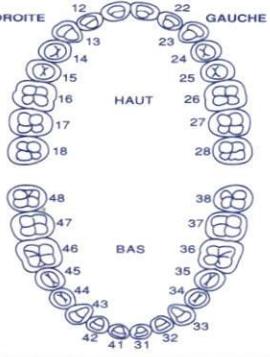
3 SEP. 2020

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

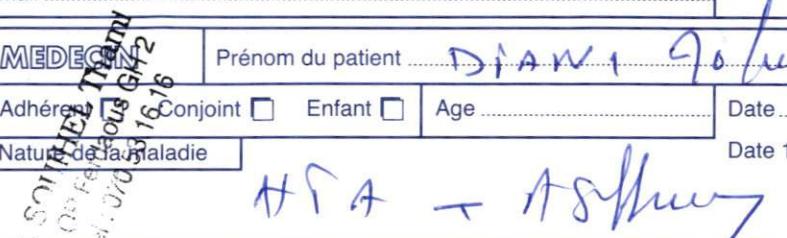
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>									
 DROITE 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 22 23 24 25 26 27 28 BAS 38 37 36 35 34 33 32														
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>									
 DROITE 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 22 23 24 25 26 27 28 BAS 38 37 36 35 34 33 32		<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	D	H		G	25533412 00000000	21433552 00000000		00000000 35533411	00000000 11433553			
D	H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000													
00000000 35533411	00000000 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'exécution												

VOLET ADHERENT		NOM :		Mle <i>Cachet MUPRAS</i>
DECLARATION N°		P 14 / 055276		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1098		
Nom & Prénom		DIANI MOHAMED		
Fonction		Retraite	Phones 0671486720	
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient DIANI Mohamed		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie				
				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Cure		G	= 150 K	
PHARMACIE		Date 24/6/2020		
Montant de la facture		1205.00		
				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
CACHET				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
CACHET				

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Oulfa - Casablanca
Tél. : 06 70 53 16 16

الهاتف : 06 70 53 16 16

Casablanca, le :

24/06/2022 الدار البيضاء، في

Obj Deuxi^e Tolucci

~~155,80 DH~~

~~PPV : 289,80~~

~~14,000x4 = 56000~~ Aprovasc 150 SV

~~370,00~~ 14,000x4 = 56000 150 mg x 2 mois

~~14,000x4 = 56000 150 mg x 2 mois~~

~~1205,00~~ 14,000x4 = 56000 150 mg x 2 mois

موريتانية الكاف Pharmacie du CAF
Mme CHAOUI SAMIRA
1 Rue Al Oukhouane Beauséjour
Casablanca - Tél 05 22 39 89 73

Dr SOUHEL Thami
Merdaous GH 2
Tél. 06 70 53 16 16

PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1130



PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1160



PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1130



Sanofi-aventis Maroc
exico Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

LOT: GB91039
PER: 04/2022
PPV: 185 DH 00

Cipla Maroc

LOT: GB91436
PER: 07/2022
PPV: 185 DH 00

Cipla Maroc

Bien agiter avant chaque utilisation