

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.

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.

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 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



M/le 1042

Déclaration de Maladie

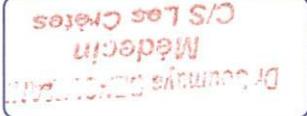
N° P19- 058441

Maladie Dentaire Optique Autres **45930**

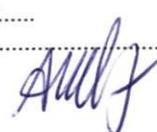
Cadre réservé à l'adhérent (e)

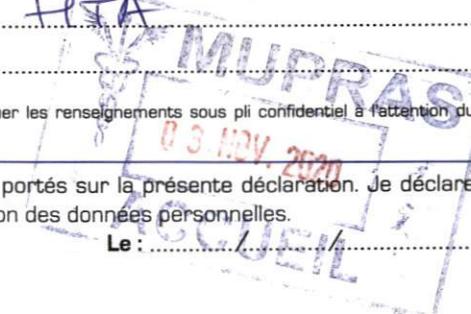
Matricule : **1042** Société : **RAM**
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : **AIT MERIM Brahim**
Date de naissance : **01/01/1949**
Adresse : **Habituelle**
Tél. : **26.89629854** Total des frais engagés : **848,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : **16/10/2020**
Nom et prénom du malade : **Ait Meneun Fatima** Age : **70**
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : **Diabète + HTA**
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.

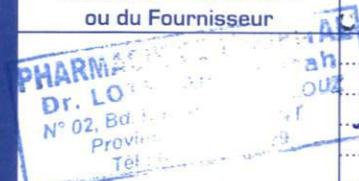
Fait à : Le :
Signature de l'adhérent(e) : 



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
16/10/2020	C O	G		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/10/2020	848,70 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

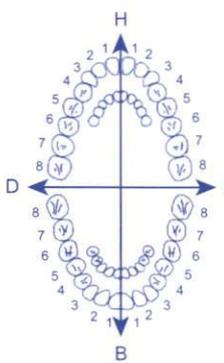
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

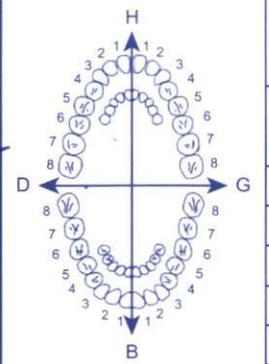
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	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 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Fait le

16/10/2020



98.10 x 3

SALEH OUAZIZ
LES CRETES
www.lescretes.ma

Ait Meriem. Fatima

294.30

Co Syrel cp 5mg / long



2770 x 3

1 cp / j

3 mois

83.10

CAPIO ABBI DRIVE cp long



15710 x 3

1 cp / j

3 mois

47130

848.70

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Dr. MATEI Abdelfattah
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ
Province TANGERHOUT
Tel: 05 29 33 29 29



1 cp / j



Dr. Mohamed El Ghannouchi
Médecin
LES CRETES

[Handwritten signature]

MXGS0061

6 118001 130275
COSYREL 5mg/10mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0061

6 118001 130275
COSYREL 5mg/10mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0061

6 118001 130275
COSYREL 5mg/10mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

100
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

100
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

100
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

NOLIP® 10 mg
30 comprimés
pelliculés
6 118000 072010

NOLIP® 10 mg
30 comprimés
pelliculés
6 118000 072010

Lot :

EXP :

PPV :

157150

EXP :

PPV :

157150

Lot n° :

KP :

PV :

157150

6 118000 072010