

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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.

adie 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 caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-

ND. 45732 055116

Optique

Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835

Actif

Pensionné(e)

Société :

Nom & Prénom : SAID

Autre :

Date de naissance : 03.03.1957

B.RIBER

Adresse :

Tél. : 06.66.18.87.48

Total des frais engagés : 40.88.E Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Dr. Nadia EL JADOURI
Médecin-Colonel
Le Médecin Chirurgie Garnison-Casa

ANNEE 09/04/2007

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Saadia FERRAD

Nature de la maladie :

Epilepsie + DTz

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/04/2007

ACCEUIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/09/2020 | () | Salé | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE TRINCAL 55, rue Marcheron 92170 VANVES - 92 2 017454 Tél 01 48 42 03 81 | 26/10/20 | 46,88 € |

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 | 21433552 00000000 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | D 00000000 | 00000000 | G | |
| | 35533411 | 11433553 | B | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | 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

ORDONNANCE

DAH le: 15/01/2020



Dr. Nadia EL JADOURI
Le Médecin Chef
Medecin-Colonel
Infirmier Garrison-Casa



PC: 03400937224611
SN: 37875797624
EXP: 11/2024
Lot: F204087

Quercy plage 850

dp

Sulpizio 5 → 6

Li
Ce n'est suffisant pas (ob) non



Signature et cachet :

Dr. Nadia EL JADOURI
Le Médecin Chef
Medecin-Colonel
Infirmier Garrison-Casa

INPE 091040001



PC: 03400937224611
SN: 37834534485
EXP: 11/2024
Lot: F204087

PHARMACIE TRINCAL

TRINCAL
55 RUE RAYMOND MARCHERON
92170 VANNES
Tel : 01-46-42-03-81
Fax : 09-70-29-50-18

ZERRAD SAADIA

N° Caisse : 92 2 01745 4

Opérateur : WR
Code S qte Designation
Ordon.

Ordre du 16/10/2020

| | Act | Punit | Base R | Hono. | TxRo |
|-----------------|-------|------------------------------|--------|--------------|----------|
| 3400937224611 N | 2 | GLUCOPHAGE 850MG CPR 90 | PH7 | 7,36 | 5,53 |
| 401647 | | | | | 1,02 000 |
| 3400935153609 N | 6 | SULPRIDE 50MG MYLAN GELU PH4 | | 2,32 | 2,32 |
| 401648 | | | | | |
| HDR | N | 1 Honoraire medicament remb | HDR | 0,51 | 0,51 |
| HDE | N | 1 Honoraire medicament spec | HDE | 3,57 | 3,57 |
| Total | 40,88 | Total RO | 0,00 | Total Assure | 0,00 |
| | | | | | 40,88 |

Facture 237010 du 26/10/2020

Délivrance du 26/10/2020
Non Sécurisé
MEDECIN FICTIF
351999966