

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

Cessions 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.

Nacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Logie 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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00739

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUJARADA Ahmed

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : Salma 2 rue 1 11025 ADD. CASA

Tél. : 066349769

Total des frais engagés : 10000 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 : [une déclaration de maladie chronique]

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chronique

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 : 14.10.2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 I

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqu

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coeff.
			UT.AV : 0 3 2 0 2 1
			LOT N° : 1 1 8 8 6
			UT.AV :
			LOT N° : 3 1 F 4 5
			DEBUT
			UT.AV :
			LOT N° : 1 2 8 3 1

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET GASC

VISA ET CAC
PER.: 10 2021

• 100 •

ASPEGIC 1000MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

DATE DE
L'EXECUTION

SECTRAL 200 M
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
DU PRAI
LOT 9/SMARTIVY
PER : 12/2021
6 118000

Voici déclassement sur la liste chronique)

Tel: 05 22 38 36 84

Casablanca

Rue 1 N°116 Salima II Sbata
PHARMACIE BELLOUCH

Le

14.10.20

Facture N°

21

Boujada Ahmed

Quantité	désignation	Prix	Montant
3	Amlo 5/60	89,20	267,60
1	Amlo 5/60	136,60	136,60
1	Sectral 20 mg	3780,00	3780,00
3	Aperic 100	2180,61	6541,83
092014547		6541,83	
ICE - 0016326....19			