

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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 réducations.

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.

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0724

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NACHIROUSSI CANCEN

Date de naissance : 10/12/1953

Adresse : Résidence : 46 Faj

Tel. : 05 25 67 74

Total des frais engagés : 820,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MACHIROUSSI CANCEN Age : 18 ans

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 : 05/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : Cely

Le : 05/12/2022

SOINS ET PROTHÈSES 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																	
 DROITE 11 21 22 GAUCHE 12 13 23 24 14 15 25 26 16 17 27 28 18 20 29 30 21 19 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 HAUT 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 BAS 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48																					
					Coefficient des travaux																
					Montant des soins																
					Début d'exécution																
					Fin d'exécution																
					Coefficient des travaux																
					Montant des soins																
					Date du devis																
					Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																			
 DROITE 11 21 22 GAUCHE 12 13 23 24 14 15 25 26 16 17 27 28 18 20 29 30 21 19 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 HAUT 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 BAS 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	25533412	H	21433552		00000000		00000000	D	00000000	G	00000000		35533411		11433553
D	25533412	H	21433552																		
	00000000		00000000																		
D	00000000	G	00000000																		
	35533411		11433553																		

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Mie 1724

Nom & Prénom MACHROUHI LAHCEN

Fonction Retraité Phones 0645 356774

Mail

MEDECIN Prénom du patient Melhi

Adhérent Conjoint Enfant Age 18 ans

Nature de la maladie

Date 7/11/2020

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

✓		2000
---	--	------

PHARMACIE Date 7/11/2020

Montant de la facture 600.90

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
--------	---------------------------------

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Dr. XORMAT Noureddine
Médecin Générale
Médecin à domicile
1, Rue Bou Nans Maari - Casablanca
Tel. 0522 25 81 62

Dr. XORMAT Noureddine
Médecin Générale
Médecin à domicile
1, Rue Bou Nans Maari - Casablanca
Tel. 0522 25 81 62

Dr. XORMAT Noureddine
Médecin Générale
Médecin à domicile
1, Rue Bou Nans Maari - Casablanca
Tel. 0522 25 81 62

Docteur HORMAT Noureddine
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
Médecin Agrée pour Permis de Conduire

الدكتور حومات نور الدين
الطب العام
الفحص بالصدى
طبيب مقبول لرخصة السياقة

51, Rue Ibnou Nafiss
Angle (ex. Jura et Faucilles)
Maârif - CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 81 82

زنقة ابن النفيس 51
المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 25 81 82

الدار البيضاء، في ٠٧ / ١١ / ٢٠٢٥ Casablanca, le

*PHARMACIE
33, Rue Ibnon
Tunis
TUNISIA*

MACH & SONS LTD

N'S

PPV : 185,60 DH

657 Budget  

13480 *W* *S* *Acet*

134,80

1336³¹ ~~1336~~ ~~1336~~ ~~1336~~ ~~1336~~
1336 ~~1336~~ ~~1336~~ ~~1336~~ ~~1336~~

133,60

LOT 181367
EXP 02/2021
PPV 52 80DH

5280 Dr. HORMAT
Médecine Agricole
Médecin Agricole
51, Rue Bouc'haffa
Tél. : 052