

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.

Radiologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : U876 Société : RAN

Nom & Prénom : NNAE EL LISSI LARABI ANAL

Date de naissance :

21/01/1961

Adresse :

Rabat

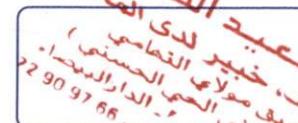
Tél. : 0661397172

Total des frais engagés :

0hs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/09/2011

Nom et prénom du malade :

EL LISSI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

الزهايمر

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) :



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
21/05/2022	C		20000	<i>(Handwritten signature and stamp in red ink)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Caractère du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SENABDER RAHMANE S.A.S Bd Oum Rabia El Quaid Magasin N° 19 - Casablanca Tél: 89.571.92	21/05/2022	707,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 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

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الكزولي

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

طبيب محلق

محلق لدى المحاكم

38,00

Casablanca, le 21-09-2022 الدار البيضاء، 21-09-2022

1 -

Jolysynd kach



2 -

Acrykaph

32,20



3 -

Udo canis v. Sylphide

33,60x3



4 -

Uresus

x 30454

75,70x3



5 -

19/T

x 348es

38,20



6 -

Urodolay loo

القناة

75,50

zrh

لدى المرضى
يشير إلى
النظام العصبي
المحيي
الحادي

Rectoflat



70,70

Rectoflat

60. طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88. E-mail : drgza@gmail.com

LAPROPHAN

PPV 32DH20 EXP 03/2024
LOT 130223

GEL ORAL POUR
ANESTHESIE DE CONTACT

321,80



Trisephenes®
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28

PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

79,70



LOT :

PER :

PPV :

64,00



Trisephenes®
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28

PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

1907
1125
1125
1125
1125
1125
1125
1125
1125
1125

79,70



Trisephenes®
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28

PPV: 93DH60

8-2800-73-230-1

LOT : 210462
PER : 2024/07
PPC: 79,50DH

INDOLAN 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20 EXP 11/2024
LOT 150191

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3058

Azith