

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

N° W21-706646

135203

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

10236

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AHIZAL MOUH

Date de naissance :

28/10/1972

Adresse :

ALMIA 2 RUE BEN MELLAL 10^e CAZA

Tel. 066 155 6890 Total des frais engagés : 340,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
ASCU	MUPRAS
3 OCT 2021	
Cachet du médecin	
M. ACHID AIT HAMMOUD Médecin Centre Hospitalier Ben M'hamed	

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

H. HAKANI

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 :

CSU

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/10/2021

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
28/10/22	C			INP : 1310657414 FMSR 651

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FADILA CASABLANCA M. FILALI GUENNOUN Ibtissam 226, Boulevard Al Joura Salmia 2 - Casablanca Tel.: 05 22 38 01 47 ICP : 00211585400007 I.N.P.E : 092004506	28/10/22	340,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DEBUT D'EXECUTION																
		FIN D'EXECUTION																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DATE DU DEVIS																
		DATE DE L'EXECUTION																
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
B																		
G																		
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

PHARMACIE FADILA CASABLANCA
Mme FILALI GUEAOUNOUN Ibtissam
226, Boulevard Al Joulani
Sidi Abdellah Casablanca
Tel. 05 22 38 01 47
ICE : 0021158540000
I.N.P.E : 092004506

Le: 28/10/22.

ORDONNANCE

87,30
X3
10) 26/10/20

SAÏD RAÏK

10) Dermofisc pab. (N° 2)



1 app x 21 j pd 2 mois

79100

20) A-pincel Siflet



30)

10) 5 x 3 l \$ 15,-



NASCORT

3410,90





8 032578 477337

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

220009

02/2025

LOT 22009
PER 02/25
PPV 070 36

87,30



LOT 22009
PER 02/25
PPV 070 36

87,30



87,30
LOT 21009
PER 02/24
PPV 070 36

