

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1895

Société : 136217

Actif Pensionné(e)

Autre : 136217

Nom & Prénom : Bencheleguem Hania

Date de naissance : 1948

Adresse : Tellam

Tél. : Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bencheleguem Hania Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : casablanca

Le : 05/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			200,-	DR. A. EL HADJI Dr. d'ESP 2d. d'ASSOC Tél. : 05 22 40 25 83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE BOUZOUBAA CASABLANCA Boulevard la Liberté - Casablanca Tél. : 05 22 31 47 17	7/11/2022	TOTAL 678,60 + 20,20 698,80

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 canalaire, 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	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS
	B 11433553			DATE DU DEVIS
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

28,00

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
PER : 08/2024

6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
PER : 11/2024

6 118000 010222

ENTIONNEL

PPV: 168,2
LOT: 6461
PER: 05/

168,20

Casablanca, le

CLINIQUE MEDICAL
Levothyrox 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

28,00 X1

41,80 X2

35,70 X3

13,40 X1

6,80 X1

LOT : 7261
UT. AV : 02-25
P.P.V : 216 DH 00

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER : 03/2024

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER : 02/2023

6 118001 081189

35,30

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 081189

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

- Glucophage 1000
dans P.M. de mes

- Avilac 500 mg
dans P.M. de mes

- Kudjek 100 mg
dans P.M. de mes

- LevoThyrox 25 µg.
dans P.M. de mes

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

شارع اهـ

• Tél.: 05 22 30 26 23

168,00

- Dwight 19 st



35,30

- 3 sujets



216,00

- Engol. roule



~~PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K. BOUZOUBAA
16, Bd de la Liberté - Casablanca
Tél. : 05 22 31 47 17~~

~~CABINET MÉDICAL
DR OUKHILI HAFID
M. d'Etat en Médecine Gén.
N. Bd. d'Alsace Casablanca
Tél. : 05 22 30 28 28~~

678,60

+ 20,20

698,80

~~PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K. BOUZOUBAA
16, Bd de la Liberté - Casablanca
Tél. : 05 22 31 47 17~~