

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.

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01833

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSALI MBARKA YOUSSEF KARIM IDRISI

Date de naissance : 01-01-1945

Adresse : Bd Sidi M A R O U F N° 84 casab

Tél. : 06-74-04-18-31 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZARHOULE Amal
Diabetologue - Nutritionniste
Micronutritionniste
tel: 05 22 82 46 33

Date de consultation : 23/09/2022

Nom et prénom du malade : El Dousali Abdes

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sciatalgique

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 : Casab

Le : 23/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

8

Déclaration de Maladie

M22- 0019542

13 7419

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
23/09/2022		G		23/09/2022 G

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
23/09/2022		253,40

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	
23/09/2022			X		80 DTS quatre-vingt dirhams

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
				Coefficient des travaux
				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

hydroxo / hydroxo

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

PPV 58DH50

Lot n°:

EXP :

PPV:

55110



6118001320158

LOT 32003
PER 07/26
PPV 59DH30

Casablanca, le:

23/09/2022

M° EL Houssali N'BARKA

59.30

Abexin cp

SP

lot 3

(5850x2)

117.00 1cp

SP

SP

lot 4 giorni

Hydroxwing

lot 18

SP

SP

SP

en 21

2200

3) Cedol cp

SP

5510

1cp 1/3

SP

4) Decure the

600

SP

28340

شارع مودibo كيتا، سيدى معروف 3، الطابق الأول، الشقة 1 - الدار البيضاء
Bd. Modibo keita, Sidi maarouf 3 - Rue 13 N°3, 1^{er} étage, App.N°1, CASABLANCA
الهاتف : 05 22 82 46 33 البريد الإلكتروني : Email: amalzahr2002@gmail.com

PHARMACEUTICAL
PUISSEANCE PHARMA
179a Place et Rue Sidi Maârouf
Casablanca - Tel: 0522 23 02 44
Tél: 0522 23 02 44
N°S: 9328058 - RC: 28564
Tél: 0522 23 02 44
N°F: 000189678000003