

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005634

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02082 Société : ND 2004

Actif

Pensionné(e)

Autre :

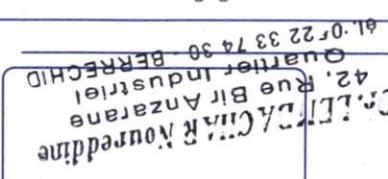
Nom & Prénom : LAFTORAI CHAIEV DENNIAF ABBERRAHIM Date de naissance : 13/09/1984

Adresse :

Tél. : 06 60 52 941 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/11/2022

Nom et prénom du malade : LAFTORAI CHAIEV Age : 1960

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DANII + Rupt Allenzy

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 : 23/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

BERRECHID

05.22.33.74.30

Quartier Industriel

42, Rue Bir Anzarane

Casablanca

C.I.C.I.R Noureddine

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
23/11/02	102 02	X	1500	22. RUE BIR ANZAKI - 1000 BRUXELLES LE DÉPARTEMENT DE LA SANITÉ PUBLIQUE DU 14/12/02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>BF</i>	<i>23/11/2011</i>	<i>431,2</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 [Empty box]
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
				FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
D 00000000	D 00000000	B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS [Empty box]
B 00000000				DATE DU DEVIS [Empty box]
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
PPV: 56.00 DH

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40 EXP 08/2024
LOT 16033 4

LOT : MU721
PER : 02/2024
PPV: 57.10DH

الدكتور عبد
شهاد :

28,00

28,00

28,00

28,00

64.10 dh

COTATION Adex

~~Hypotension 1g (0.4)~~

44.70

3g

60

Di-Indol 100mg

28,00 x 3

Glycosophage 100 mg (0.3)

57.10

Anapril 20

60.10

25 x 60

- Pseudo 1N

56.60

20 x 60

Spedine 100 mg

42, Rue Bir Anzarane
Quartier industriel - BERRECHID
41,0,2237430 - BERRECHID
42, Rue Bir Anzarane
Quartier industriel - BERRECHID

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 15003 10

EXP 06/2023

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 1M067 3

EXP 12/2023

114,70

242600030-02