

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 : **7610**

Société :

146049

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHABI BA KHALID**

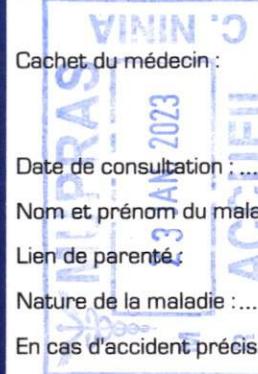
Date de naissance : **01.07.1963**

Adresse : **HAFIZATEH ECOULFA LOTS N°25**

Tél. : **0663869674**

Total des frais engagés : **729,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

دكتور شفيق خبير لدى العيادة
طريق مولاي التهامي
60، مستشفى الحسني
الدارالبيضاء
(قرب الحسني)
مأذون رقم 9756
موافق 20/01/2023

Date de consultation : **20 JAN 2023**

Nom et prénom du malade : **CHABI BA KHALID**

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CHABI BA KHALID

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 : **CASA**

Le : **20/01/2023**

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
20 Jan 2023	C		100.00	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du dispensateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-CHALAK Pharmacien : Haj Oued-Sabou Téléphone : 05 22 90 53 Fax : 05 22 90 53 ASABLANCE 1541468000057	20/01/93	529,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
		2015.08.08	

AUXILIAIRES MEDICAUX

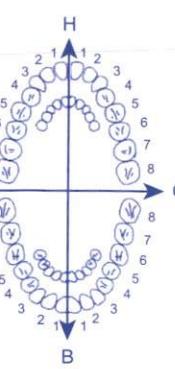
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000	B 35533411	G 00000000		Montants des soins
		B 11433553		Date du devis
				Date de l'exécution

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الكزولي

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

CHARTERA

Casablanca, le :

20 JAN 2023

1. Lervannok

15.10

19/12/

2. Neofistane 100

98.80

19/12/

3. Relaxol

53.17

19/12/

4. Quedex 20

99.00

19/12/

5. Solu Med 20

18.70

29/12/

6. Entezek 10

24.40
x3

19/12/ 19/12/

7. Moxal 500mg/2mg

50.90

29/12/

ج. م. مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسيني - الدار البيضاء

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

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com

