

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° W21-632548

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1292	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DI BIZANI Reda
Nom & Prénom : DI BIZANI Reda			
Date de naissance : 06-10-1974			
Adresse : Nasr El Hm			
Tél. : 0669712151	Total des frais engagés : 567,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : دكتور سعيد العزاوي			
Date de consultation : 14/11/2021			
Nom et prénom du malade : Dr. Bizihi OTMAN			
Age : 47			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Estomac			
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 : **Alala** Le : **29/09/2021**
Signature de l'adhérent(e) : **Dr. Bizihi OTMAN**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POCLINIQUE DR. TITI ADDIEZ ROUTE DE TAMIÉ - HABIBI 18, BOUlevard 1052 BEJAIA	14/11/02	367,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

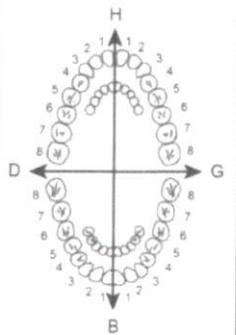
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

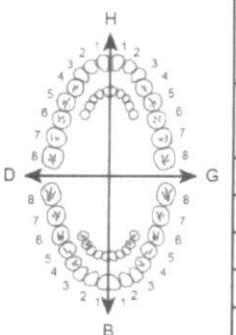
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
□ 00000000 00000000
35533411 11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LEADER TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux



32,80

32,80

Casablanca, le : 14 NOV 2022

1 - Peropress CP

82,10
LOT 22005
PER 03/24
PPV 82DH10

82,10



2 - FSC

Fab:

صالح لغاية:

Lot:
مجموعة:

961 02 2022 02 2025
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

FLAGYL 250 MG
CP PEL B20
PER. 11/2022
P.P.V : 25DH10

6 118000 060079

65,10

3 - Ultra

25,10
PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. ZAÏD AZIZ ZIZ
58, Rte' M'hamsi - Hay Hassan
Tél. 02 90.21.67 MASA

4 - Flasyl W

60,00

Ferplex

102,80

5 - Dicalc (calcium)

الشوكولاتة
في المعاشر
في المعاشر
في المعاشر

(قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مسحورة (العي العسني) - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Maz.

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@y..

367,80

FERPLEX® 40 mg

Fe protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016