

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 à caractère personnel.

N° W21-786734

250539

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5677

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAM
MANOUNI Mohamed

Date de naissance :

30-06-1951

Adresse :

69, Rue AL HADHOUF CASA

Tél. : 06 17 28 83 29

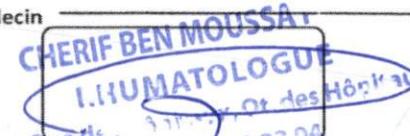
Total des frais engagés :

38,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/02/2023

Nom et prénom du malade :

MANOUNI Ned

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Manoush

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 :

ASR

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du attestant le Paiement de
10/02/2023	Cr	CoT		INP : 0910241 CHERIF BEN MOUSSA I.RUMATOLOG 2023-37111W Dt des Hopital

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/2/2023	385,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

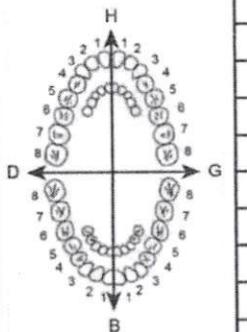
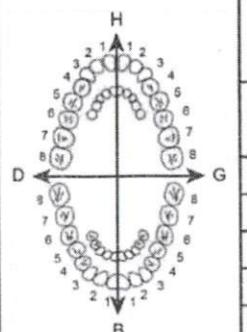
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

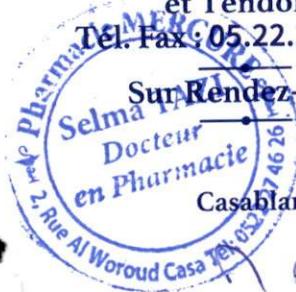
Dr. H.

SHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tel. Fax : 05.22.22.23.04



Casablanca, le: 10 FOU 2023 في:

MOUNI, Abd

1. Celeste SV

45,80 1. 50 1) x 03 SV

2. Brexen SV

45,80 14 09 SV

3. V. taneur SV

14 x 21 SV

4 - ALYSA SV

136,50

05.22.22.23.04 مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف الفاكس :
44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage

E-mail : hasnaab5@hotmail.com بريد الإلكتروني :

د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام و المفاصل

و العمود الفقري و العضلات

الهاتف . الفاكس : 05.22.22.23.04

Curogyl® D3



8 051128 635522

Lot: 220643

A consommer de préférence avant le: 08/2025

PPC: 89,50 DH

Lot.: 22F093

Exp.: 04.2025

PPV: 136DH50

PPV
LOT
PER

28DH80

611 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Boukoura

5. Anogyl

89,40 x 10 glys + 3 mg

3

CHERIF BEN MOUSSA,
LIMMATOLOGUE

SV

385,40

