

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

- Reclamation : 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.

M22- 0047999

Optique 155789 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zouggari

RADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661290384

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/12/2013

Nom et prénom du malade : Zouggari Radia Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Infarctus

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 :

Le : / /

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
31/3/2023	C2		CHF 100.00	DOCTEUR HABILITÉ KTRAL Prise en charge de l'assurance maladie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/03/23	461,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 :

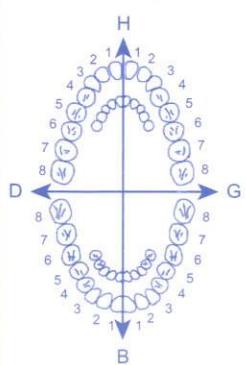
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse

Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca

INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى

والتصفية الإصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le 31.3.2023

Zau ffsdu R adra.

69,00



Doci NSX



126,80

1400 mg x 21 jour

Aufenthalts 1x 3joni holt 1000

60,00 x 2



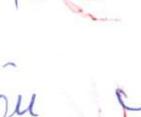
Voltaren

10ml jour

44,30



Pala fine



14,60 x 3

Duliprone 1000

14ml jour

58,30

Megasfou Myligen

PHARMACIE LA RUE MARSA
Lekha Jihna
Rue Mansard 9
Casablanca
Tél: 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 93
Fax: 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 92

05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 93
Tél: 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 92
Fax: 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 92
E-mail: hachim-khadija@hotmail.fr

1161

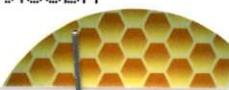
Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier, Casablanca

Tel: 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 92 - Fax: 05 22 99 49 93 - E-mail: hachim-khadija@hotmail.fr

LOT : M0635
EXP : 05/2025
PPV : 60,00 DH

LOT : M0635
EXP : 05/2025
PPV : 60,00 DH

LOT: 220978
DLUO : 12/2025
69.000DH



PPV: 12,30 DH
LOT: 651326
PER: 11/24

31,60

LOT : 3907
PER : 10-24
P.P.V : 58 DH 30

PPV 140 H 60
PER 01/26
LOT M 39

PPV 140 H 60
PER 01/25
LOT L 2184

PPV 140 H 60
PER 01/26
LOT M 039