

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-006284

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9614

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAHMOUD ABDELAZIZ

Date de naissance : 06/08/62

Adresse : 19 Rue Elbanaissi, APP 30 ETE 5 Hay Al Haqsa

Tél. : 0616821197

Total des frais engagés : 307,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Bd Oued Oum Errabia - N° 4 Oulfa
Tél: 0522 22 51 65

Date de consultation : 08/03/2023

Nom et prénom du malade : DAKKAKOUB DARWA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fee ligh V tropicales

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 : 04/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

z. Ghilay

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestent le Paiement des Actes
07/01/2015			11000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DU 21 NOVEMBRE 2022</i>	21/11/2022	157,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

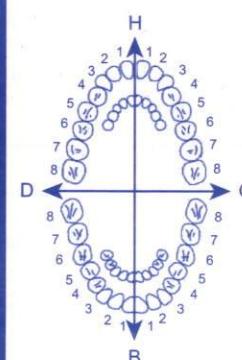
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

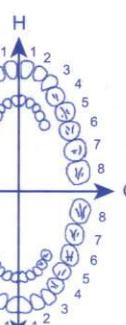
O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
																

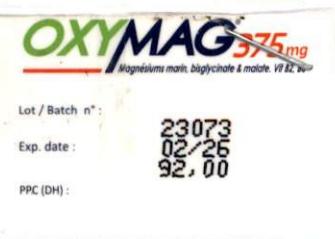
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE



خبير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

08/02/83
OAKHROUB A ARWA

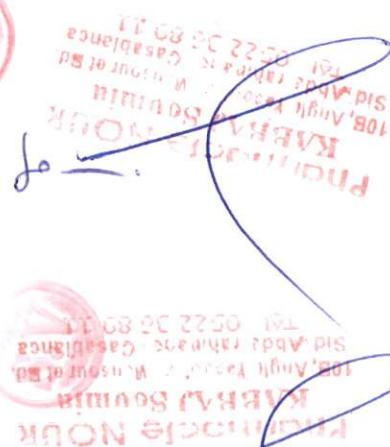
92,00

- oxy mag 375
✓ ✓ 500 ml



65,00

- oxal collyre
oxal + oxyd 1ml
DVC
65,00 DH
2024-04
352



157,00



شارع واد أم الريبيع، زنقة 69 - رقم 4 الطابق الأول - حي الألفة - الهاتف : 05 22.90.51.65 - الدار البيضاء
Bd .Oued OUM ERRABII Rue 69 N° 4 - 1^{er} étage Hay Oulfa - Casablanca - Tel . : Cab. 05 22.90.51.65