

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 : **7157**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LEBABi BOUCHAIB**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

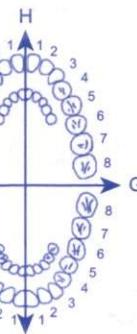
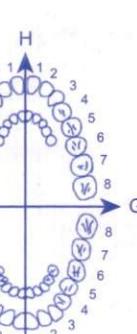
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
					Coefficient des travaux
					Montant des soins
					Date du devis
					Fin de
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	G	
D	35533411	11433553			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
VOLET ADHERENT NOM : _____ Mle _____					
DECLARATION N°		W18-393977			
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-393977

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 7157

Nom & Prénom Lebabi Bouchta B

Fonction Rep. Phones. 0662326500

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

lebabi Bahia

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 05/08/13

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affet: Bradyp.

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C - 150

PHARMACIE

Date 5/6/13

Montant de la facture

2164.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

DR BOUJEDD Latifa
Médical Général
Lundi Mardi Jeudi Vendredi
Casablanca Tel: 0662291324

PHARMACIE MERSIHA
20222544162222869
Avenue Moussem
Casablanca

Docteur Latifa BOUDAD

Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء

اض
X2
سكري

PPV : 55,00 DH
LOT : 650089
PER : 05/24

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

05 JUIN 2023

Lebabi Bahia

PHARMACIE MERSULTAN

218, Avenue Mers Sultan
Casablanca

Tel: 05 22 22 25 44 / 05 22 26 85 9

2x (f. 8)

- Amoxil 1g (2f. 8)

1 pt 3 (8)

- Picolin 20g.
3 p. (8)

Nabelis 80mg (2f. 8)

2 f. 8 (3)

- Senticil 500 (4f. 8)

PHARMACIE MERSULTAN
218, Avenue Mers Sultan
Casablanca
Tel: 05 22 22 25 44 / 05 22 26 85 9

Dr BOUDAD Latifa
Médecine Générale
Lot Annaïm Imm A20 App. 3 El Oulfa
CASABLANCA Tel: 05 22 91 32 44 / 06 66 26 70 60

PPV: 14DH00
PER: 11/24
LOT: K3115

2x14.00 - Dohj 1500 25
2x16.00 R + 31T AS

PHARMACIE MERSUL
248, Avenue M.
Lot 05 22 22 44 105 22 22 86 86

Dr BOUDAD Latifa
Medecin Général
Lot Annabi 248
CASABLANCA 20000
Tel: 05 22 51 32 44

13 x Ged

GlaxoSmithKline
Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

4 x Ged

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 338,00 DH
ID: 648360
6 118001 141141