

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.

M23-011320

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1320 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOSBAH DELILA

Date de naissance : 23/08/52

Adresse : 945, Rue Med Lbn Lot. Nantawalil

Bar Bazarza

Tél. : 0632474425 Total des frais engagés : 4100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/7/23

Nom et prénom du malade : MOSBAH DELILA Age : 71

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 : Casab Le : 14/07/2023

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
17/07/23	V.R. 9			

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE DE LA CHAOUA Pharmacien : A. ABDOUN BP 2222 - Casablanca 05 22 29 08 29 390359 - T 3796041	Date	Montant de la Facture
	17/07/23	639,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

RELEVE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

UT.AV : 04 2 25 . P.P.V .

89 20

LOT N° : GE 2059

09366067/7

89,20

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION

المستعجلات
Urgences
06 61 14 44 02

UT.AV : 04 20

P.P.V.

LOT N° : 1258460

79 70

09366030/4

79170

بورغ

بحث

حمل

Lot : 21655
A consommer de
préférence avant le : 03/2024
PPC : 169,50 DH

OCEAN BAY GARDINS
d'Agadir - Km 15
Touakka - 0522 29 0829
Tél. : 0522 29 0829
0522 29 0829

89,20

Am LOR

Casablanca, le :

17/7/23

MOSBAH DALILA

S.V

100

S.V

14/243

S.V

001

S.V

DR. A.H.JAWAD
18/20
10/05/2023
Bd. Afghanistan
Casablanca 20230
Tél. : 0522 90 31 01 / 0522 90 36 95
Fax : 0522 90 31 17 - Email: dr_arajjawad@hotmail.com

169,504) Cura flor (sh
75,00 JT L vophta alfa
T : 639,40

LEVOOPHTA 0,05% عيار H#758
Collyre 5ml ماريع ٥١٢٩ 10-2021
ZENITH PHARMA تاریخ انتهاء ٠٩-٢٠٢٥
AMM N° 728/SDMP/21/NRQr
6118001270354 PPV: 75,00 DHS



6118001270354

PPV: 75,00 DHS

ل.د. ٢٢٦٠٠
٥١٢٩ ٠٩/٢٠٢٥
PPV ٢٢٦٠٠

226/00

