

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5842

Société :

172946

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ELOUASSINI HABIBA

Date de naissance :

Le 26 08 67

Adresse :

Hay Chispa Rue 1 N° 87

Tél. 06 10 33 55 32

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mme ELOUASSINI HABIBA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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
18/08/23	C		300 Dhs	Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121 Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/08/2013	1222,80

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																				
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2">25533412 21433552</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td><td colspan="2">00000000 00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td colspan="2">35533411 11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr> </table>			H		25533412 21433552		D		00000000 00000000						B		35533411 11433553						COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		25533412 21433552																							
D		00000000 00000000																							
B		35533411 11433553																							
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																				
					DATE DU DEVIS																				
					DATE DE L'EXECUTION																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد
والسكري والتغذية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le 18/08/23 الدار البيضاء في

Mme EL OUASSINI HABIBA



24,60

13,60

x 6

6,80

x 5

LEVOTHYROX 100

1 comprimé

le matin

UN ALFA 1 μ G

1 comprimé

matin midi et soir

x 6

D CURE FORTE

1 ampoule

1 fois par mois

TRAITEMENT DE 3 MOIS

T = 1222,80

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Al Qods, Résidence Rosiers, App. 121
Ain Chock, Casablanca - Tel: 0522 870 890



6 118001 102013
Levotyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levotyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levotyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levotyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levotyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006
Levotyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levotyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013
Levotyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006
Levotyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102020
Levotyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Lot: C78715
EXP: 01 2024
PPV: 172 DH 20 070535

Lot: C78715
EXP: 01 2024
PPV: 172 DH 20 070535

Lot: C78715
EXP: 01 2024
PPV: 172 DH 20 070535

Lot: C85635
EXP: 03 2024
PPV: 172 DH 20 070535

Lot: C78715
EXP: 01 2024
PPV: 172 DH 20 070535

Lot: C85635
EXP: 03 2024
PPV: 172 DH 20 070535

6 118001 102006
Levotyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levotyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

PPV: 49,60 DH
LOT: 23B09
EXP: 02/2026