

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 traitements canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le praticien au moins 3 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 données personnelles à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M23-U021946

174532

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1875

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QUAIKCHACHACHI SANHA

Date de naissance : 15/10/31/1966

Adresse : HAY AL WALAE TR6 SEC JMA APP. 124 Sidi Moumen casa

Tél. : 06 67 67 44 60

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/08/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Asthma + Hypertension

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
12-09-2023	C	1	120,00	<i>Dr. LACHAIDI Moustapha Mabrouka INSTITUT DE BLANCHEUR TEL: 05 22 37 12 00 - 06 63 09 44 09 Fax: 06 63 09 44 09</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SIDI MOUSSA Dr. LACHAIDI Tel: 05 22 70 08 17</i>	12/09/23	189,30

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

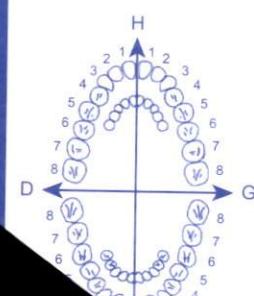
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ATTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil
(Reda Guedira)-Mabrouka

الدكتور مصطفى خليل

14، شارع النيل
(رضا كبارية) - مبروكة

Tél : { CAB. Fax : 0522 37 12 80
URGENCE : 0663 09 41 09

عيادة - فاكس : 0522 37 12 80
0663 09 41 09 } الهاتف :
المستعجلات : }

Casablanca, le... 12.09.2013

N° SANAA Ouakhechachi

27,5

- Clio 5 long supp
1 duppo le soir

IS/IS

74,8

- Spectrum 500
1cp matin et soir

18,00

- Doliprane 500 vitc eff
1cp eff 3 fois par jour

(12,00) x 3

- Nozomogastoyl 3 btes

23,00

- Spectrum joutts OPHF
2 joutts matin et soir

189,30

PHARMACIE SALIHA
Mr. LICHIAL NORDINE
Attachaick, Sidi Moumen
CASA - Tel: 05 22 70 08 17

Dr. KHALIL MUSTAPHA
14 Av. du Nil
Casablanca
Téléphone: 06 63 09 41 09
Fax: 06 63 09 41 09

27,50

LOT 230079
EXP 01/2026
PPV 74.80DH

NORMOGASTRYL

PPV 12DH00
EXP 09/2026
LOT 280511

NORMOGASTRYL

PPV 12DH00
EXP 05/2026
LOT 230301

NORMOGASTRYL

PPV 12DH00
EXP 09/2026
LOT 280512

PPV 18DH00
PER 06/25
LOT L2214
S1

LOT: A020089
PER: 01-2025
PPV: 33,00DH