

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.

1875 M23-U021945

194533

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1875 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OURAKH CHAIBI SANAA

Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : HAY AL WALAE Td 6 SEC 1 IM 1 APP 124 Sidi Noumouen casa

Tél. : 06 67 67 44 60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2013

Nom et prénom du malade : Mme SANAA OURAKH CHAIBI Age :

Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Soul. astieulaires + Rhinopharyngite

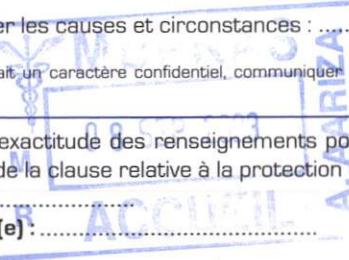
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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
10-06 2023	C	1	120,00	<i>[Redacted]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SAHHA Dr. LACAILLORDINE Batacharouk - Tel. 05 22 70 08 17</i>	10/06/23	526,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

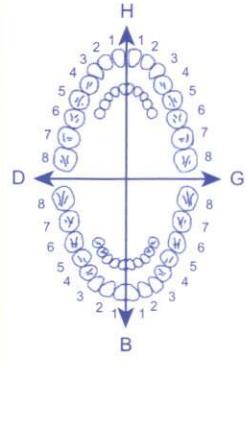
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha Khalil

14,Avenue du Nil
(Reda Guedira)-Mabrouka

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

الدكتور مصطفى خليل

شارع النيل 14
(رضا كديرة) - مبروكه
عيادة - فاكس : 0522 37 12 80
المهاتف : 0663 09 41 09
المستعجلات : } }

Casablanca, le..... 10/06/2023

Mme SANAA Ouakchachi

390,00 - GALVUS MET 50/1000 mg

1cp matin + 1cp soir

79,70 - Zithromax 500 mg

½ cp par jour → 6 jours

- Seroxy Physiofilme

lavage nasines 3f. jours

Feldene 100 mg po

1guppo le soir

526,60

PHARMACIE SALIHA
Dr. LACHHIL NORDINE
Attichouk, Sidi Moumen
CASABLANCA Tel: 05 22 70 08 17

Dr. KHALIL
14 Av. du Nil Casablanca
Téléphone: 05 22 37 12 80
Mabrouka
Fax: 0663 09 41 09
TÉL: 05 22 37 12 80
Mabrouka
Fax: 0663 09 41 09



UT.AV. : 07 2024

P.P.V.

LOT N° : G J 8 5 9 1

79.70
79,70

09366030/4

Feldene®
20mg PROXICAM

LOT N° :

UT.AV. : 11 2024 P.P.V. :

09366045/7 56,90