

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-U021947

1875

174X35

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1875 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUAKHCHACHI SANAA

Date de naissance : HU AL WALAE TR6 SEC 1 IM 1 APP 124

Adresse : Sidi Houssein casa

15/03/1966

Tél. : 06 67 67 44 612 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/07/2019

Nom et prénom du malade : Mme SANAA Ouakchachchi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Grippe (complication Broncho)

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

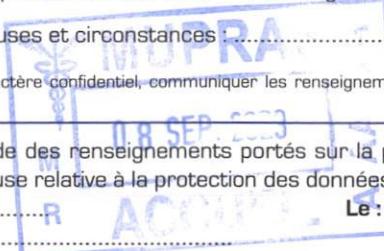
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Dr. LACROIX Attaché à l'U.P.A. A - Tel: 35-22-70-08-17</i>	<i>24/07/13</i>	<i>324,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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
(رضا كديرة) - مبروكة

عيادة - فاكس : 0522 37 12 80
المات : 0663 09 41 09
المستجدات : 0663 09 41 09

Casablanca, le 24 / 07 / 2023

Rue SANAA Quachchachi

(22x) x 2

- Rinomycine sachets n°2
1 sachet 3 fois par jour

AS

(126,80)x2

- Augmentin 1gr/125 n°2 sachets
1 sachet 3 fois par jour

AS

40,00

- Cotipred 20mg
3cp eff matin.

AS

(18,00)x2

- Pulmo fluid simple n°2
Neutre soupe 3 fois par jour

- Diamicron 30mg

1cp par jour

374,00

PHARMACIE SALHA
Dr. LACHHLAL NORDINE
Attaharuk, Sidi Moumen
CASA Tel: 05 22 70 08 17

Dr. KHALIL (Mustapha)
14 Av. du Nil (R.C.C.)
Mabrouka
TEL: 05 22 37 12 80
0663 09 41 09

Mustapha

22,70

مدين بالتجارة فارما
براءة الصيدلانية

22,70

PPU: 126,30 DH
LOT: 650905
PER: 11/24

PPU: 126,30 DH
LOT: 650345
PER: 07/24

notaire : voir notice

PPV: 40DH00
PER: 09/25
LOT: L3107

PPV (DH) :

18,00

LOT N° :

24

UT. AV. :

PPV (DH) :

18,00

LOT N° :

UT. AV. :