

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

2152 M22- 0058037

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : EL OUAHIDI Société : LAKBIR
☐ Actif 2152 ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ETRAITI
 Nom & Prénom : CHAHABDI SAHRAH NORD
 Date de naissance : 04/08/1942
 Adresse : 10522 5758 72
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur M. H. SMILES
 Médecine Générale
 Jamila 5 Av. Dakhia Rue 50
 N° 492 Cité Djemaâ
 CASABLANCA

Date de consultation : 14/03/2023
 Nom et prénom du malade : EL OUAHIDI LAKBIR Age : 80
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : diabète - dépressif
 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 : Casa Le : 14/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUR

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

11/09/83	C	1	150,00	Docteur M. H. SMILES Médecine Générale Jamila 5 Av. Dakhla Rue 50 N° 492 Cité Djemââ CASABLANCA
----------	---	---	--------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14 09 23	38660

MASSIR HAY NOUR 73 Sidi Othmane - C Tel: 05 22 59 44 55	14 09 23	38060
--	---	--------------

[illegible][illegible][illegible]

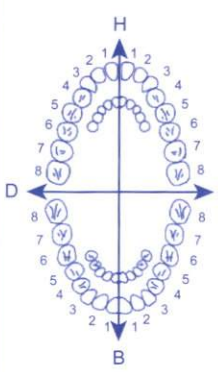
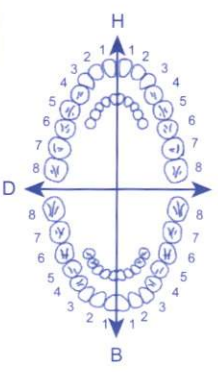
--

RELEVÉ 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 canaux, 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								
												
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		G		D 00000000 00000000 35533411 11433553		B		MONTANTS DES SOINS
H 25533412 21433552 00000000 00000000		G										
D 00000000 00000000 35533411 11433553		B										
[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy
Diplômé d'Echographie de la Faculté
de Médecine de Montpellier
492, Bd. DAKHLA - Jamila 5
Cité Djemâa - CASABLANCA
Téléphone: ~~022 37 24 11~~

الدكتور محمد حسن سميرس
خريج كلية الطب بنانسي
حائز على دبلوم في التشخيص العلمي
بالصدى من كلية الطب بمونبولي
492، شارع الداخلة جميلة 5
قرية الجماعة - الدار البيضاء
الهاتف : 022 37 34 11

06 73 47 24 14

Glucovance 500 mg/2.5 mg
Comprimés pellicules B/30
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500
Comprimés pel-
l
PPV: 42.00 DH

22, 10

22, 10

22.50

FPV 123DH20
EXP 06/2024
LOT 25010 3

PPU 123DH20
EXP 06/2024
LOT 25010 4

~~PPV 22DH70~~

Docteur M. H. SM.PES
Médecine Générale
Jamila 5 Av. Dakhia Rue 50
N° 492 Cité Jamaâ
CASABLANCA