

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.

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

N° P19- 0043168

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2145

Société RETRIATE ESCAL RABISALE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A. EL HADDAD RAHIAL

Date de naissance : 01/01/53

Adresse : HAY CHEIKH LAMEADEL Km ESSAOUBAR N° 15 SALE

Tél. : 0665456405

Total des frais engagés :

309,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2023

Nom et prénom du malade : Azziz El Masjidi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gout

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/11/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
MM 12023		1	152,20	DR. H. J. ROBERT Médecin généraliste Avocat à la barre de l'ordre des médecins

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Dr H. J. ROBERT	11.11.23	152,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

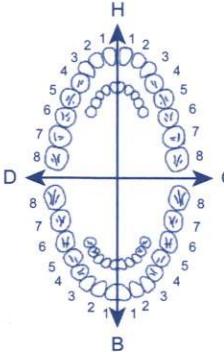
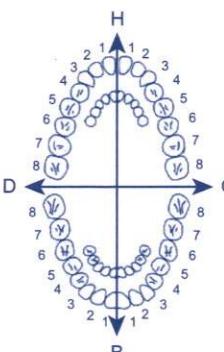
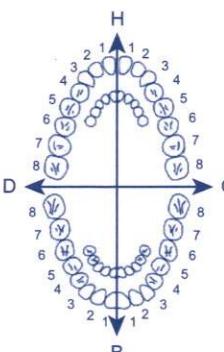
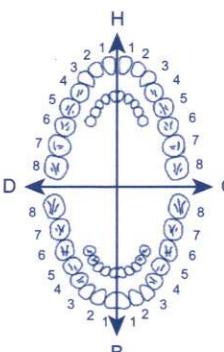
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

سیرامیسین 1500000 وع - مترونیدازول 50

LOT : 7780
PER : 01/26
PPV : 65,20 DR

INDOLAN 25 mg 30 gelules
PPV 24DH00 EXP 11/2025
LOT 2N0482

LOT 231246
EXP 04 2021
PPV 45 36
REF 36

الدكتورة هاجر رش

طلب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة با

Salé, Le MI MI 20 23 في سلا

17.20

1) Ephedr y

45.80 m. 1. 1

2) I Scene 20m

24.00 ~~11.00~~ ~~25.00~~

3) Indakan 25 mey

65,20 2. b. i. abgeleistet

④ BI-ceragin

1.0.1 *Pat 1058*

152.2

Dr. Farah ROCHDI
M. F. Rochdi, 1285 Al Masjid,
Appt. 5, Innsbruck, Austria 6020
My Tel: 06 55 70 005

شقة 5 إقامة المسجد 3 - (أمام مسجد الرحمة) حي الرحمة - شارع الرحمة (شارع د) - سلا

Gsm: 06 55 045 005