

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 traitement canalaire.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUUPRAS 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.

M23-0025131

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7298 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : oudghia m. anas

Date de naissance : 01/01/69

Adresse : 217 500 Dar Bouazza

Tél. : 0661376032

Total des frais engagés : 0.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/01/2021

Nom et prénom du malade : oudghia salma

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : maladie cardiaque

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 : 08/01/2021

Le : 08/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/12/2023	CS		25000	Dr. Víctor E. Vélez Angélique y Lase 22-9108971 Cuita Casablanca 24 Hay Hay 06800 650000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DE L'OCEAN BAY Route Azenour Km 15 Dar Bouazza Casablanca Tel: 05 22 29 08 29 399359	02/12/23	237,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPU: 79,90 DH
LOT: 652906
PER: 11/24

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

Lot: 7574
Fab: 05/23
EX: 05/26
ص: 38 10 DH
BIOCODEX MAROC PPV

PPU: 79,90 DH
LOT: 652424
PER: 04/25

abi
ermatologie
sthétique

صالح لغاية:
05/26
38 10 DH

طب التجميل -
العنوان المسمى جسم

08/10/2023



audhili
Salma

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY SARI AU
Route d'Zen Moudir Km 15
Dar Bouazza Casablanca
Tel: 05 22 29 08 29
Fax: 399360

79,90x2

1)

~~Augmatis 500 mg~~
1 sachet x 500 mg
au choix soit 2
ou 3 ou 4 ou 5

39,70

2)

~~Fucolire 500 mg~~
1 sachet x 500 mg
au choix soit 2

ermatologie

~~A'S~~

3)

~~Se d'aspirine crème lavante~~
300 ml

pour bain

21 38,10

~~ultra Peaux Sèches~~
300 ml

37,60

~~A'S~~

العنوان 18، تجزئة سعد الخير 24 H.H الحي الحسني الألفة الدار البيضاء (الطابق 2 فوق مختبر التحليلات بيولوج)

Adresse : 18, Lot Sâad El Khair 24 H.H Hay Hassani Oulfa Casablanca (2 ème Etage au dessus du labo biolog)

Tél : 05 22 91 08 97 - Gsm : 06 80 61 83 60

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com