

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.

91e 889 M23- U021672

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 889

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

JARBOUI OMAR

20 235

Nom & Prénom :

2-3-107142

Date de naissance :

Adresse : Horye noujorol Bloc 9 Jm 1

Horye B el Foudra 1er Horye Doholm mardt

Tél. : 06 57 93 03 85

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/06/2014

Nom et prénom du malade :

Age :

Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

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 : 02/04/2014

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
04/04/2024	C	Unité		 <p>Dr. H. EL MONTAZ BILLAH Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue Tél: 0634 67 39 47</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOTF ALLAH FAHD SHEDDINE Dr. En Pharmacie rue 31 Hay mida hay mohammadi Tél : 05 22 60 48 84	02/04/2024	892,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

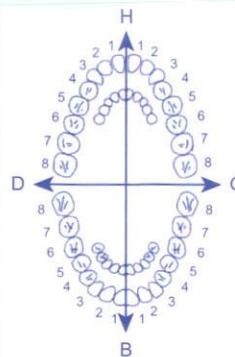
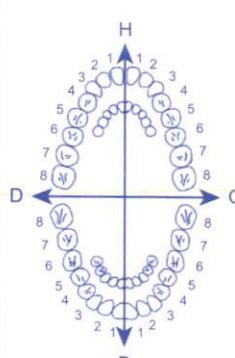
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 | 21433552
00000000 | 00000000
D 00000000 | 00000000
35533411 | 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE LOT FALLAH
Casablanca, le ...
FAHD SIEEDDINE
Dr. En Pharmacie
7 rue 3 hay mino hay mohammadi
Tél : 05 22 60 48 84

04/04/2011

✓ JAZ BOU

86.00 x 2
✓ 161.00

(240)

S.V

✓ I Sot . 2007

✓ 147.15

238.00 x 2
✓ 476.00

✓ Phyto 75 mg (240)

S.V

✓ 16363

✓ 13.10 x 2
✓ 262.00

✓ Dihydro 10 mg (240)

S.V

S.V

✓ 226.00

✓ Eze 40 mg (240)

(240)

✓ 892.00

Dr. H. EL MOATAZ BILLAH
Chirurgien
Orthopédiste - Traumatologue
GSM: 0634 67 39 47

Lot.: 24E585
Exp.: 04.2026

PPV: 238 DH 00

Lot.: 24E788
Exp.: 04.2026

PPV: 238 DH 00

LOT: 2210-0
PER: 09/24
PPV: 226 DH 00

001928

00178

00178

PPV: [REDACTED] 13,10
PER: 10/26
LOT: M3531

PPV: [REDACTED] 13,10
PER: 10/26
LOT: M3531

