

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

202386

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2986

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : TEJDAWI Khaddouj

Date de naissance : 24 - 04 - 52

Adresse : Hay Rahma Rue 10 N° 4 My Rachid
Casablanca

Tél. : 0657282302

Total des frais engagés : 1109,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.2.2024

Nom et prénom du malade : lejlawi khaddouj Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique Enfant

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 : Casablanca

Le : 22.10.2024

Signature de l'adhérent(e) :

Ech

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 Rapport des Actes
15/2/24	1		Gratuit	PROFESSEUR BENJAMIN LOLOUANIAN RHT 10662 08/02/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/02/2024	17.293,83

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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									
				Début d'exécution									
				Fin d'exécution									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins										
			Date du devis										
			Date de l'exécution										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

761040} Oui 12

LOT: 9803
PER: 12/26
PPV: 76DH10

S.V

193,60
180,90 x 2
50 } DINAMICPHARMA
Av. Abdellkader Sahraoui R
El Baida 2 Imm 1, N°1 - Cas
Tel: 05 22 70 52 52

S.V

Agé ()

X 20

Fosavance 5600

S.V

Acp / Seulement

6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
D.M.

Maphar
Bd Alkilia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Fosavance 70mg/5600UI
Comp B4
P.P.V: 180,90 DH
6 118001 185863

X 310,41

1/2 Heure
avant pt de Jeux

D'cene forte

ABT + Seulement

X 310,41

4960 x 2
60 } DINAMICPHARMA
Av. Abdellkader Sahraoui R
El Baida 2 Imm 1, N°1 - Cas
Tel: 05 22 70 52 52

S.V

Professeur BENYAHYA E.
RHUMATOLOGUE
Angle Bd Abdellah BENKHELID / Bd Anouar
405, 4th Etage CASABLANCA
Tel: 0522 86 21 93 / 0662 08 92 10

DINAMICPHARMA
Av. Abdellkader Sahraoui R
El Baida 2 Imm 1, N°1 - Cas
Tel: 05 22 70 52 52

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2020

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2020