

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

■ En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'entente 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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2503

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARALI MARHANED

Date de naissance :

Adresse : LOS ATTADAROOS, RUE 2A N°9 EL OULFA

Tél. : 0522894201 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2010

Nom et prénom du malade : Marhane

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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'exacuitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2011/12/20	440.3.-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
B																
35533411	11433553															
<p align="right">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																
<p align="right">MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																
<p align="right">DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																
<p align="right">DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
DROITE	GAUCHE				
12 11 21 22					
13 14 23 24					
15 16 HAUT 25 26					
17 18 27 28					
35 36 37 38 BAS					
39 40 41 42 43 44 45 46 47 48					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
DROITE	GAUCHE	H			
12 11 21 22		25533412 21433552			
13 14 23 24		00000000 00000000			
15 16 HAUT 25 26		00000000 00000000			
17 18 27 28		35533411 11433553			
35 36 37 38 BAS					
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT	NOM :		Mle		
DECLARATION N°		W17-134472			
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W17-134472

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

2503

Nom & Prénom KAMALI MOUHAMMED

Fonction : Phones... 0522894221

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

KAMALI MD

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 16/9/20

Nature de la maladie

Date 1ere visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Montant des soins

300

PHARMACIE

Date 16/09/20

Montant de la facture

1390

ANALYSES - RADIOPHARIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

DR ADHERENT KAMALI Soumia
PS CHIATHE
Av. 2 Mars Angle Rue Victor Hugo
Mars Sultane Casablanca
Tél: 05 22 89 43 09 - 05 22 89 43 11
Residence Pharmacie - DR
Pharmacie RESIDENCE DR WAIM

PHARMACIE RESIDENCE DR WAIM
Dr. KAMALI - DR WAIM - DR
Residence Pharmacie - DR
Pharmacie RESIDENCE DR WAIM

Dr. Soumia BENABDERRAZIK

Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue

الدكتورة بنعبد للرازق سمية

الطب النفسي - العلاج النفسي
طب الإدمان

Casablanca, le

16/9/2020

للدار البيضاء، في

M'amali

24/02 X 2

①

Sophia Lou



✓ dph

✓: 4/3/2020

Cherif

RW: 11/11/2020 à 10:45

49, Residence les Roseaux Avenue 2 Mars (à côté lycée Mohamed V) Angle Rue Victor Hugo, 3ème étage
Appartement 15, Mersultan Al Fida - Casablanca - Tél.: 05 22 26 20 24 - Sur Rendez-vous

Maphar
Km 10, Route Centre 111,
Qu'Zenata Ain sebaa Casablanca
Seroplex 10mg cp sac b28
P.P.V: 240,00 DH
6-118001 184989

PHARMACIE RESIDENCE ANNAL
Siham GOURREYANNAL
4, Residence Annal
Docquier et Gourryannal
é: 05 22 89 43 09 - Casablanca
P.P.V: 240,00 DH
6-118001 184989

PHARMACIE RESIDENCE ANNAL
Siham GOURREYANNAL
4, Residence Annal
Docquier et Gourryannal
é: 05 22 89 43 09 - Casablanca
P.P.V: 240,00 DH
6-118001 184989

PHARMACIE RESIDENCE ANNAL
Siham GOURREYANNAL
4, Residence Annal
Docquier et Gourryannal
é: 05 22 89 43 09 - Casablanca
P.P.V: 240,00 DH
6-118001 184989

Dr. Soumia BENABDERRAZIK

Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue

الدكتورة بنعبد للرازق سميرة

الطب النفسي - العلاج النفسي
طب الإدمان

Casablanca, le

11/11/2020 للرجال البيضاء في
7/8/2020 M. Kamal:

164.00 X2

Pris 10 mg

132.30

Exidep 10 mg

131.49.30

V me tenu 2 mg

LOT: 0000015
EXP: 11/2022
PPV: 154DH00

PRISDOL 1 mg
30 comprimés pelliculés
6111801250950

LOT: 0000015
EXP: 11/2022
PPV: 154DH00

PRISDOL 1 mg
30 comprimés pelliculés
6111001250950

139.30
0 2 0 1 2 0 5
LOT EXP PP
EXIDEP 10 mg

EXP: Lot N°
PP

EXIDEPE 10 mg

Escitalopram
30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.

es Roseaux Avenue 2 Mars (à côté lycée Mohamed V) Angle Rue Victor Hugo, 3^e étage
tement 15, Mersultan Al Fida - Casablansa - Tél.: 05 22 26 20 24 - Sur Rendez-vous