

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0043022

N°D 14735

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1570

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAoui Djalma

Date de naissance : 04/01/1950

Adresse : LOT EL KOT BI N°3 SAADA EL JADIDA

Tél. 0622604893

Total des frais engagés : 801,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/12/1957

Nom et prénom du malade : KHAIFI TOULEYA

Age : 62 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affect. nerf jij

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

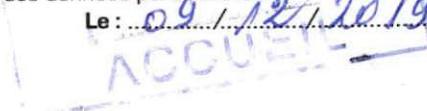
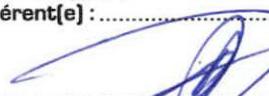
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : EL JADIDA

Le : 09/12/2019

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
9/12/15	CO		30.00€	Dr HEN BADIS Dr Mohamed Jawad Tel: 0523 39 51 12 - 0523 39 51 12 Fax: 0523 39 51 12

CHAMONIQUE IBM BADIS	
FACTURATION	
EXECUTIVE	
Pharmacie	0523 351112
Mme Saeed	
MR SAY AL MAGHRIB	
Lot. Zahrrat Mhammed	
Mansour El Jadida	
023 35 12 66	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien du Professeur	Date	Montant de la Facture
3. Imm 8. Lot. Zahrat Jadida Dyar Al Mansour El Jadida Tél: 0523 35 12 66	29/12/19	504,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the H-B-D-H system. It features two horizontal rows of atoms. The top row consists of hydrogen atoms (H) at positions 1, 2, and 3. The bottom row consists of boron atoms (B) at positions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, and 9. Double-headed arrows between the atoms represent bonds. Specifically, there are bonds between H1 and B1, H2 and B2, H3 and B3, B1 and B2, B2 and B3, B3 and B4, B4 and B5, B5 and B6, B6 and B7, B7 and B8, B8 and B9, and B9 and B1.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



El Jadida, Le

31/11/09

Hme : Houssain Tariq

1) Enjelox 10 mg

1 - 0 - 0

4x 126,00

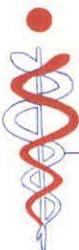
504,00

M - le 4 msl

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE FACTURATION
Tél. 0523 39 51 11 / 12

PHARMACIE DAY AL MATAR
Dr. BELABBEKS Mhammed
3 Imm. 8, Loy. Zahrat Jadida
Dyar Al Mansour El Jadida
Tel: 05 23 35 12 66

Clinique IBN BADIS
Dr. Hassan Mohammed Jawad
10 Bd. Ibn Badis - El Jadida
Tél: 0523 39 51 11 - 0523 39 51 12
Fax: 0523 37 31 25



~~Esciplex 10 mg~~
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 23414/DMP/21/NNP



6 118000 022787

LOT 8 191206 1
EXP 05 2021
126,00
126,00

~~Esciplex 10 mg~~
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 23414/DMP/21/NNP



6 118000 022787

191206 1
05 2021
126,00
126,00

~~Esciplex 10 mg~~
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 23414/DMP/21/NNP



6 118000 022787

9 1206 1
05 2021
126,00
126,00

~~Esciplex 10 mg~~
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 23414/DMP/21/NNP



6 118000 022787

191206 1
05 2021
126,00
126,00