

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040808

N.D.
11/532

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 616 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHLI LA HOCICINE

Date de naissance : 01-06-1948

Adresse : HAY EL INARA 1 RUE 14 N 11 CASA AL/ check

Tél. : 0675 83 53 61

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SAYAH 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'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 :

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
0201 2020	CI M	1520	1520	<i>DR. en Pharmacie</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/20	670,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

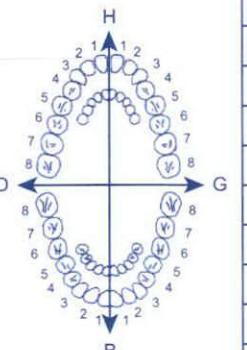
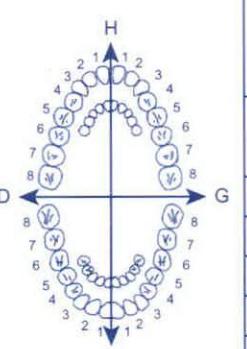
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV : 1774D40
PER : 07/2022
Lot : OH0895D

Docteur Asmâa GO

Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Gynécologie Femmes, Hommes
et Enfants

حالة التجميل



الدكتورة اسماء جعفر

الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
طب النساء، الرجال
والاطفال

20/2022

Casablanca 16
Medical Center
DOCTEUR

LOT N° :
PPV (DH) :

25,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

115,00

H10
b) Reffomine Wings

No 245

SV

75,00

2) Pentoxifyllin

SV

No 1484

52,80

8). Prostal 20 ml

SV

No 1484

670,40

MISSING



Dottor ASIMO GURJA
Medico Generale Cardiologo Chirurgo
H. M. 857250 SISN: 0674687868
Av. 2 Miers Prolongación Interna / Case 18, Tlalnepantla, Estado de México, Mexico