

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.

Bééducation :

- 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0047815

VB = 1879

Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1527	Société : Retraité		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MESSAOUDI Hélène, Saëdia			
Date de naissance : 01/04/46			
Adresse : Habi Helle			
Tél. : 06 71 82 96 41			Total des frais engagés : 0hs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : الدكتور سعيد الخروبي الطلاق - مولاي التنصري اتفاق مولاي في المحمد الحسني مارينا - الحسيمة - الدارالميمون الهاتف: 022 90 97 66 - 022 90 70 88			
MUPRAS 30 JAN. 2020 ACCUEIL			
Date de consultation : 10 DEC 2019			
Nom et prénom du malade : Hélène Saëdia Age: 73			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : goutte			
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) :

Le : 06 / 01 / 2023

Aug

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
05/06/2011	C		20000	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACHI 155, Rue Habaya (Bd Day Ould Sidi Baba) Tunis - Casablanca Tél: 022 25 00 11 Tél: 022 25 00 11</i>	<i>06/12/19</i>	<i>313,00</i>

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'I

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوبي

طبيب محلف

خبير المحاكم

Habib Saadie

152,90

Casablanca, le :

06 DEC 2019

الدار البيضاء، في :

1 - Racile 20

27,00

14 x 2 / au ✓

2 - Flivial

40,40

S.V.

14 x 2 / au ✓

3 - Detospan

34,70

S.V.

14 x 2 / au ✓

4 - Zepam 6

58,00

S.V.

2 x 2 / au ✓

5 - Di-udo 50

313,00

14 x 2 / off

60,00 مطابق مولاي التهامي (أقرب مصحة الفنان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

PHARMACIE WATU
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Tél. 0522 25 16 07

PHARMACIE WATU
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Tél. 0522 25 16 07

الدكتور سعيد الكزوبي
طبيب محلف خبير المحاكم
أقدم الخبرة في مهنة الطبيب
50,00 مطابق مولاي التهامي
45,00 مطابق مولاي التهامي
30,00 مطابق مولاي التهامي
25,00 مطابق مولاي التهامي
20,00 مطابق مولاي التهامي
15,00 مطابق مولاي التهامي
10,00 مطابق مولاي التهامي
5,00 مطابق مولاي التهامي

PPV:34DH70

PER:08-22

LOT:11868

METOOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérolle citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. :40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118681 100293

27,00

Di-INDO 50 mg / 5 effervescents

PPV 58DH00
EXP 05/2022
LOT 92019 1

PPV: 152DH90

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2