

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 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

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire Q3350	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8300		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	WAHBI HASSAN
Nom & Prénom : WAHBI HASSAN			
Date de naissance : 23.11.1967			
Adresse : 136, bd SUEZ sebau oufa		Tél. : 0662765204	
Total des frais engagés : 4776,00			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  الدكتور سعيد الوافي طب الدار البيضاء 122 90 97 66			
Date de consultation : 21 FEB 2020			
Nom et prénom du malade : WAHBI HASSAN Age:.....			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfar WAHBI HASSAN			
Nature de la maladie : PLAIE			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at			
médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA** Le : **01/03/2020**

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
21 FEB 2020			100000	INP : 0910696666
			22500	M
			22500	22500

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-1-2025	576,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

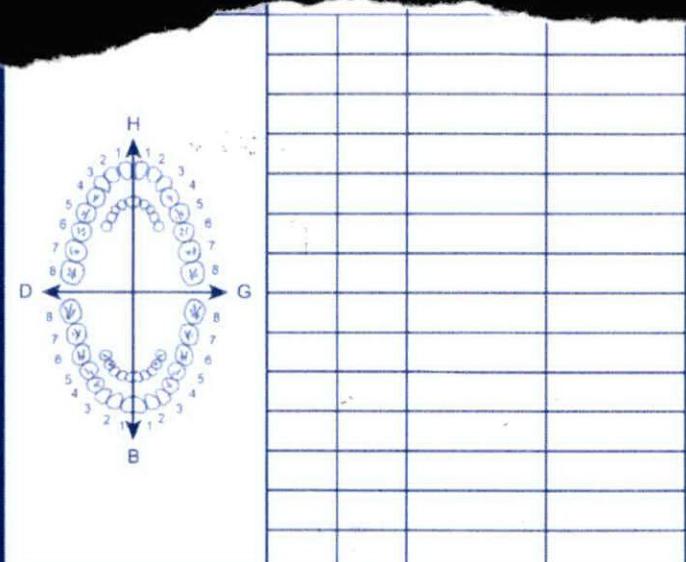
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

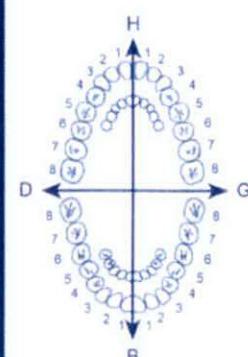


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 21 FEB 2020 الدار البيضاء، نـى :

1 - Olikell 200 6716
170,00 1 كوكا

2 - Catafella 200 6716
45,50 1 كوكا

3 - Phikol 500 100 كوكا
29,00

4 - Ferex 500 1 كوكا
49,80

5 - Flasyl 500 1 كوكا
20,00 * 2

6 - Dolomite 200 1 كوكا

أولاد الحسني - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Pol
Tél. : 05 22.90.70.88

LOT 193026
EXP 12/21
PPV 170.00 DH

Cataflam® 50 mg

LOT: M19093
EXP: MAR 2022
PPV: 45,50 DH

Apixol®
Adultes

Solution buvable

A consommer
avant le:
11/2022
PPC: 79,00 DH

Flagyl® 500
LOT 193005
PER: 06/2024
PPV: 490DH
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V.: 490DH

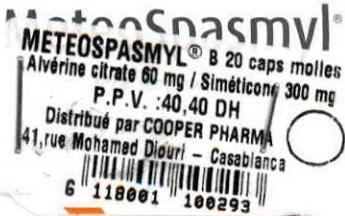
AERIUS®
اقراص ملمسة
ديسلورافتين
LOT: 073-1
PER: AVR 2021
PPV: 120 DH 70

7. Meteospasmyl
40,40

8. Aspegic 1000
10,80

576,20

الخنزير
المجاكي



PER: 09/2021
LOT: 120002

ASPEGIC 1G
SACHETS B10
P.P.V. : 30DH80
6 118000 061083

استيليسا
مسحوق
علبة 10
أدوية غير

