

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

Reclamation : 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

25222
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6755 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MUSTAPHA ELADDIL

Date de naissance : 01/01/1963

Adresse : 46 Rue Cheikh MAâ EL HAMYNE - 12 Bous

BERRECHID

Tél. : 0656 97 58 10

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/2020

Nom et prénom du malade : KHALMI HAYAT Age :

Lien de parenté :

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 : BERRECHID

Signature de l'adhérent(e) : JZM

Le : 10/03/2020

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
10/03/2020 Ch			30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr Hay Mason Tel: 0522 32 65 65	10/03/2020	547,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	Coefficient des travaux
	D	21433552 00000000 11433553	B	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

LET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمونبلييه
Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif - Diplômé de la Faculté de Médecine de Besançon (France)

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin au CHU Meaux

ORDONNANCE

Berrchid, le 10/03/2022

59,30 x 1

M²

BUTAZONE 100 mg

Benzo

100 x 5

59,30

86,90 ESAC 20

50 x 18

86,90

55,00 0 - 0 - 1

50 x 18

PPV: 55,00 DH
LOT: 606694
PER: 07/20

Amoxif 15

50 x 18

32,90

50 x 18

Dogmetil 50mg
20 Gélules

P.P.V : 32DH90

LOT: 6M2021
PER: 08/2021

Dosemif 100

20,00 x 5 - 0 - 1

PANADOL 150

69,00 PRAXONE 20

200,00 CAFREX

LOT : 191221
UT AV: 04/2022
PPV: 69,00 DHLOT: 0241
PER: FEV 2021
PPV: 20 DH 00LOT: 0247
PER: FEV 2021
PPV: 20 DH 00

باعل - الطريق الأول - الرقم 1 - متطلبات الرعاية (برشيد - الهاتف: 05 22 32 46 95)

87, Bd Mly Ismaili 1er Etage - N° 1 (En Face de l'Hôpital ER-RAZI) - Berrchid

T = 547,10

LOT: 193120 EXP: 04/22
PPV: 20 DH 00