

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0420 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : chouikha khadday

Date de naissance : 16.11.1969

Adresse : 5-K Rue 161 N° 15 Office

Tél. 0625104722 Total des frais engagés 254.40 + 13.0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR.CHERIF BEN MOUSSA HASNAH
RHUMATOLOGUE
44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux
Tél.: 0522 22 23 04

Date de consultation : 19.05.2020

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-068094

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0420

Nom de l'adhérent(e) : chouikha khadday

Total des frais engagés : 254.40 + 13.0

Date de dépôt : 28.05.20

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
19/05/2020		cs	300	Dr.CHERIF BEN MOUSSAH RUMATOLOGUE Rue des Hôpitaux, Qt. des 522 22 23 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE LA MOLOUYA ZEKRI Abdellati Docteur en Pharmacie 18 Bd. Oued Molouya - El Oued Tel: 06 22 90 51 13	19/5/2020	254,40

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	
 VET ALMAZIAN N° 40-01 Casablanca Courte des Hommes Tel. 0522 29 30 31	10/10/00					1200

VOLET ADHERENT

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

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 ROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des travaux																		
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				
		MONTANTS DES SOINS																		
		DATE DU DEVIS																		
		DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdellati
Docteur en Pharmacie
222, Bd. Oued Mokouya - B. Oumza
Casablanca - Tel 06 22 90 51 13

le : 19.1.51.20.20

Ordonnance

Nom / Prénom : CHAKI KHADDOUF

Age :

28,30 x 2

1. N. Javelin fm



84,80 1 CP x 2' } anti rep.

2. Roxam CPS 10' x 10'



1 CP } anti hep

37,00 _____ x 10.

3. Duxal



39,80 1 CP x 2' } x 10 ; anti hep

4. Verisyl goutte F 14898



2 gtl CPS 14 OUR x 10.

575,00 INESO

15

1 CP 650g anche

x10,

5 = 254,00

Dr.CHERIF BEN MOUSSA HASNAA

RHUMATOLOGUE

11 Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

Tél.: 0522 22 23 04

PHARMACIE DE LA MALAYA
ZEKRI Abdellati
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Mouuya - Tel : 05 22 90 41 11
Casablanca

PPV	PPV
LOT	LOT
PER	PER
28,80	28,80

LOT: 19005
PER: 14/2023
PPV: 340,80
84,80

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
39,90

PPV: 39DH80
PER: 03/23
LOT: J668

LOT: M0329
PER: 07/2021
PPV: 75,00 DH

le :

Ordonnance

Nom / Prénom : CHARIE KANDOU

Age :

Moussa Hasnaa

Ses copains mentaux



MOUSSA HASNA
MATOLOGUE
Capitaux, Qt. des Hôpitaux
02 22 23 01

KENZIMED

S.A.R.L

Mme CHAIKH KHADDOUJ

FACTURE:N°207/A/2020

CASABLANCA: 19/05/2020

QTE	DESIGNATION	PU HT	TOTAL HT
1	COLLIER CERVICAL REF : 11-100 taill (S)	108,33	108,33
KENZIMED S.A.R.L N° 46 Résidence des Hôpitaux Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux Casablanca Tél : 0522 26 30 31			
TOTAL HT			108,33
TVA 20%			21,67
TOTAL TTC			130,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
cent trente DIRHAMS

N° 46 , Résidence des Hôpitaux , Rue des Hôpitaux , Quartier des Hôpitaux ,Casablanca
R.C N° 255867 , PATENTE N° 36335081 , IF N° 40482562 ,ICE 000082460000021