

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

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

Nº P19-0035389

ND: 29728

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	5628	Société :	✓
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BIBLAT MUSTAPHA	
Date de naissance :		01. 02. 1971	
Adresse :		No. 1 Houria Rue 208 N° 74. HAY HASSANI - CASA	
Tél. :		06.72.71.59.36	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	17/04/2022
Nom et prénom du malade :	BIBLAT MUSTAPHA
Age :	31
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA / Hypertension artérielle / Dermatose
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) :



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
17/07/2020	14		200 DH	
23/06/2020	5		100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23-04-20	1138,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

A diagram showing a 7x7 grid of circles. The circles are numbered from 1 to 8. The numbers are arranged as follows: Row 1: 1, 1; Row 2: 2, 2; Row 3: 3, 3; Row 4: 4, 4; Row 5: 5, 5; Row 6: 6, 6; Row 7: 7, 7. There are also some additional numbers: 15 in the 4th column of row 5, 16 in the 5th column of row 6, and 17 in the 6th column of row 7. The letter 'H' is at the top center (row 1, column 4), and the letter 'G' is at the bottom right corner (row 7, column 7).

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 23 - 04 - 2020

PIRLAT MUSTAPHA

S.V

الطب العام

حازمة على دبلوم الفحص بالصدى

حازمة على دبلوم الطب الرياضي

حازمة على دبلوم التغذية والحمية

208,00 ₣

208,00 ₣

Diplômee en Echographie

208,00 ₣

Nutrition Fonctionnelle

Diplômée en Diabétologie

208,00 ₣

Odeuram 5/5 ₩³

- 1cp/j x 3 Mois.

Ascoedel-7r ₩³

- 1cp/j x 3 Mois.

Namiez 24 ₩¹

- 1 gel le jeudi

- 1 gel le mardi

Strearam ₩¹

1 gel matin

1 gl le soir

Setap-10 ₩³

- $\frac{1}{2}$ cp cp/j x 8 jrs

Ps - 1cp/j x 3 Mois

درب الحرية شارع سيدى عبد الرحمن، بلوك 208، رقم 58 - الحي الحسني
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N° 58 - Hay Hassani
Casablanca - Tél. : 05 22 90 23 81
E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com

159.30 x 3

- Floating 10 m



1CP/Sau x 3 Mois



- Condensat

levage

X



36,70

- Fycodamine paquet

1 officiel



✓

LOT: 08019097
PER: 11/2024
PPU: 36,70 DH
Topique

