

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 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

- 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.

N° W19-594416
(SU778)

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
8564

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LAHLLOU ABDELHAMID

Date de naissance :

17/07/68

Adresse :

16, allée de persée, l'Exillage, Casablanca

Tél. :

06 61 62 92 79

Total de frais engagés :

(Signature) DHH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

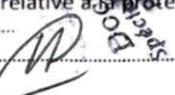
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : **11/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Maitre d'ouvrage attestant le Paiement des Actes
20/12/2012	1/2			20/12/2012 Dr. D. B. B. B. B.
20/12/2012				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Ermitage - 10 Avenue de l'Ermitage - 75014 Paris	31/12/2012	37100

ANALYSES - RADIGRAPHIES

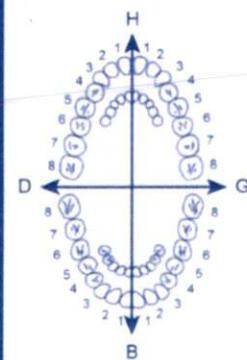
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

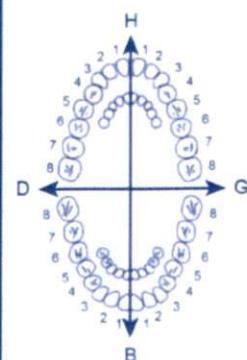
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXE



DS09/20
09/2023

109,00 DH

LOT 200878
EXP 04/2022
PPV 215.00DH

01:2019 PER:09/2023
PPI:34,00 DH



Casablanca, Le 31 DEC. 2020

الدار البيضاء، في

Pharmacie l'Ermitage

a. Avenue l'Ermitage - Casablanca
Tél. : 05.22.37.88.83 - Fax : 05.22.25.99.87

109,00

2 044

112

044

50

111,00

Pharmacie l'Ermitage
a. Avenue l'Ermitage - Casablanca
Tél. : 05.22.37.88.83 - Fax : 05.22.25.99.87

112

1

215,00

1

200,00

1

109,00 1 11
D. Slaoui

x 300

1 0 1 x 101

371,00

زنقة سومية، زاوية شارع عبد المؤمن الطابق الثاني « عمارة فياط. جيب، حي النخيل الدار البيضاء - المغرب - الهاتف : 05.22.23.78.83 - هاتف الفاكس : 05.22.25.99.87
82, Rue Soumaya, Angle Bd. Abdelmoumen 2nd Etagé " Imm. Fiat - Jeep " Quartier des Palmiers - Casablanca - MAROC - Tél.: 05.22.23.78.83 - Tél.Fax : 05.22.25.99.87

E-mail : slaoimed.doc@gmail.com • Urgence : 06 98 97 17 18

82 Rue Soumaya, Angle Bd. Abdelmoumen
Practo Endoscopie - Endographe
Dactealiste : Hépato Gastro - Endérologique
Centre Mohamed Slaoui