

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° W19-595765

55367

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0070001		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Veuve BALLACHI née Nahjatou Chouaïb			
Date de naissance : 1949			
Adresse : Jannila 2 Rue 17 N° 62 CD			
Tél. : 066067001		Total des frais engagés : 873,20 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 24/12/2020	
Nom et prénom du malade : M. AHJOUSSA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca	
Signature de l'adhérent(e) : 	
Le : 14 JAN 2021	

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
ex 14	c	1	200	INP : 091049914

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ANNAIS 14 2003 350</i>	572 0223104 CASA	673,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

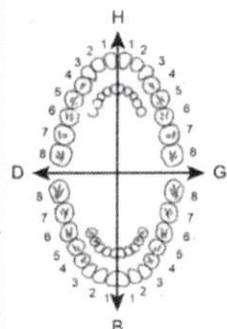
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

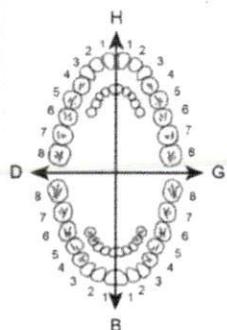
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

26533412	21433552
00000000	00000000
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'EXECUTION

Docteur Bouchaib El FAIQUE

Docteurat d'Etat en médecine

Diplômé de l'université de Paris - René DESCARTES

ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplômé de l'université d'Angers - France

MEDECINE DES URGENCES

Maladies Rhumatismales et Inflammatoires

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

Ancien Médecin à l'hôpital THOUAR - France

Au Service de Cardiologie

Diabétologie

Circoncision

Electrocardiogramme

Casablanca, le : 24/02/2022

الدكتور بوشعيب الفايق

دكتوراه الدولة في الطب

خريج جامعة باريس - روني ديكارت

الشخص بالصدى

خريج جامعة أنجى - فرنسا

طب المستعجلات

أمراض الروماتيزم

و إلتهاب المفاصل و العظام

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

طبيب سابق بمستشفى توار - فرنسا

لأمراض القلب و الشرايين

مرض السكري

الختانة

التحطيط الكهربائي للقلب

الدار البيضاء، في :

LOT: M0415
PER : 10/2022
PPV : 57.10 DH

57.10

30.00

30,00

A moxalofex 300 mg
200 ml 0.8% (SV)

70.50 (SV) 23

250 feldene 16 ml (SV)

6 118001 040070

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH.

ALLGÄU 36 - 9400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 110 DH 10

ZENITH Pharma
AMM N°17/116 DMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

572، شارع الجولان - قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 08.52

Joulane Cité Djemâa - Casablanca - Tél. : 05.22.37.08.52

