

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Matricule : 3.1148 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUSSFIEN ALLAL BEN ABDELLAH

Date de naissance : 01/10/1954

Adresse : 14 Rue TUR GOT CASA

Tél. : 0664 259997 Total des frais engagés : 733,30 DHS

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2021

Nom et prénom du malade : BOUSSFIEN ALLAL BEN ABDELLAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection physique + HTA + mycos

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 : CASA Le : 04/01/2021

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
04/01/21	C 1	Gratuit		Dr. N. BOUAFIA MEDECIN ADDICTOLOGUE CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

PHARMACIE D'ANFA
LAHLOU NABIL KHALID
 75, Place Oued El-Makhazine
 des 3 Rois (ex. Place de Verdun)
 Tel: 0522.27.38.49 - Casablanca

Le: 04/01/21

(A7) 20

A7 Bou Nai ABDELI (A7)

149.30 X 0

- Co 3 jabs 1's

50

N° 4

149.30 1 - 0 - 0 249.12 | 4 mij.

- Levothyrox 100 1's N° 2

149.30 1 - 0 - 0 12 mij

- Dermochis 1's N° 21

149.30 1 app 200 1



6 118001 102020
 Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH



6 118001 102020
 Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

7862160342

Dr. N. BOUSSIHA
 MEDECIN ADDICTOLOGUE
 CASABLANCA

7862160342

149,30

149,30

87,30

149,30

149,30