

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.

Biologie 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.

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.

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

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

59607

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016609

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1029**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BERHIL HALIMA** Date de naissance :

Adresse :

Tél. **0661-52-61-09**

Total des frais engagés : **485,40 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur M. H. SMHES
Médecine Générale
Jamila 5 Av. Dakha Rue 50
N° 492 Cité Diemaa
CASABLANCA

15 FEV. 2021

Date de consultation : **25/12/2020**

Nom et prénom du malade : **Mr Berhile Halima** Age : **1852**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Apprendre

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 : **15/02/2021**

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
<i>25/12/20</i>	<i>Q</i>	<i>1-30-00</i>	<i>13000</i>	<i>Docteur M. M. JES Médecine Générale Jamilia 5 Av. Dakhla Rue 50 N° 492 Cité Djemaâ CASABLANCA</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 834, Av. 2 Mars Prolongée Inaya Casablanca - Tél.: 05 22 21 69 76</i>	<i>25/12/20</i>	<i>355,40</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left and 'G'				

DR.Mohammed H. SMIRES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé d'Echographie de la Faculté

de Médecine de Montpellier

492, Bd, DAKHLA - Jamila 5

Cité Djemâa- CASABLANCA

Téléphone : 05 22 37 24 11

الدكتور محمد حسن سميرس

خريج كلية الطب بناسسي

حاائز على دبلوم في التشخيص العلمي

بالصدى من كلية الطب مونبولي

5 شارع الداخلة جميلة 492

قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 37 24 11

06 73 47 24 14

الدار البيضاء في

Casablanca, le 25/12/2020

79,00 M- Béchir Halima
Argy v. 2. (SV)

40,00 t. 30
- t. 30
- t. 30

11,00 - Acetate - Pom (SV)

18,00 île de la
- formoflur - (SV)

99,00 6 58 31 / -
- Magniue. (SV)

16,00 - -

355,10 - -

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara 1
Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 76

(SV)

(SV)

Docteur M. H. SMIRES
Médecine Générale
Jamila 5 Av. Dakhia Rue 50
N° 492 Cité Djemâa
CASABLANCA

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3103

Arcoxia 60 mg
7 comprimés
P.P.V: 117.80 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 451/16DMP/21/INTO
71092478 08914-1
6 118001 160020



PPV (DH):

48,00

LOT N°:

UT. AV.:

~~pulmofluide®~~
simple

MB768 0923

LOT

99.00

ZINASKIN®

PPV 40DH90 EXP 11/2023
LOT DN039 27