

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Education :

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

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-602676

60991

Au



Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUDEIR LAHSEN

Date de naissance :

15/06/1952

Adresse :

7 lots Hafid Illée 3e Lauriers

Tél. : 06 61 17 61 47

Total des frais engagés : 73 40 80 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/10/2021

Nom et prénom du malade :

HOUDEIR Lahsen

Age : 68 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je t'ai fait : *18/10/2021*

Fait à : *18/10/2021*

Signature de l'adhérent(e) :



Le : *18/10/2021*

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.

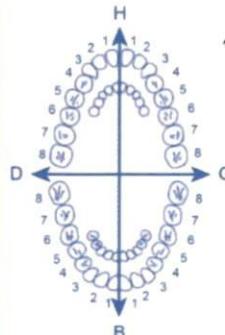
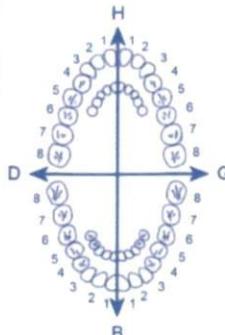
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Cachet et signature du Médecin acceptant le Paiement des Actes		Cachet et signature du Médecin acceptant le Paiement des Actes	
es des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
18/02/21	CS	5	400.00
INP : 09 00000084			
GLASSI CHIRURGIE Professionnel			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE	18/02/21	3946,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du oratoire 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
		AM	PC	

VOLET ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de																		
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins															
			Coefficient															
			INP : <input type="text"/>															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
B																		
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		



مصحة " كاليفورنيا " العدار البيضا .

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

ساعة 24\24 مولات

2121. Haudir H. Lahsen Z. Soulaiman 1942. 2. California de Lahrbab 94

766.00 x 5

Aricept 10mg

8738513
09/02/21

27.70 x 4

light

Cardio aspirine

~~= 3540,80 taf à la fin du
repos principal~~

Tracey H. Upchurch, ^{Accounting} ^{Chair} ^{LIBRARY} 2 moths

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 - Fax : 0522 50 76 98

الموقع الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com - العنوان الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net - Site web :

Lot n°:

U.t. Avt. :

B 372708 12-2021

P.P.V:

766DH00

Lot n°:

U.t. Avt. :

B 372708 12-2021

P.P.V:

766DH00

Lot n°:

U.t. Avt. :

B 372708 12-2021

P.P.V:

766DH00

Lot n°:

U.t. Avt. :

B 372708 12-2021

P.P.V:

766DH00

Lot n°:

U.t. Avt. :

B 372708 12-2021

P.P.V:

766DH00

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique



P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique



P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique



P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique



P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



6 118001 090280