

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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° W19-469896

64984 CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
1870

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUDARAKIA LAILA

Date de naissance :

15/10/1956

Adresse :

N°60 Lot LINA SIDIMAROUF Casa

Tél. :

0662 06 5203

Total des frais engagés : **30000 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

15/12/2012 Dr. BILAL BEN ABDELLAH

Nom et prénom du malade :

BILAL BEN ABDELLAH

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

beti bilal

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.

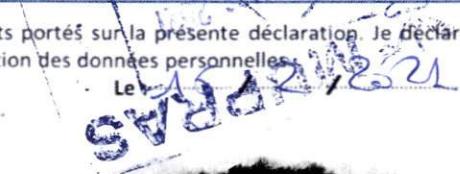
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Car.

Signature de l'adhérent(e) :

Car.



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
15/12/2021 Cr			300.00	INP 09/06/2021 FATIHA PHARMA
22/12/2021 Cr			60	

EXECUTION DES ORDONNANCES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 :

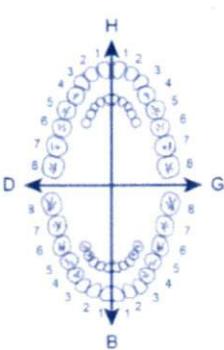
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 22/02/2024.

No budarva lai lai

42.80 x 2

* Arbocon'sylus

$$1/2 - 1/2 - 1/2 \neq 5$$

and its uses

89.00

Additives

$$63.20 \times 2$$

~~stress~~ stress

Frank

299.000 DHM
ACIE AHM
Complexe Commercia
Casablanca
Tél: 0522 31 66 03 30 93 14
022 220 083

UUSI FAINT
INOLOGIE
- NUTRITION
Institut de l'osmose
Jean-Marc Léveillé

إقامة جوهرة، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - المدار البط

Residence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850

Lot : 20E011
PER. 09
2023

P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850

Lot : 20E009
PER. 06
2023

P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

®
89.00 DH

Lot : 3350
Mfg: 06 2020

EXP.: 06 2023

BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH

Lot : 3380

Mfg: 10 2020

EXP.: 10 2023

BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH