

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 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.

ladie 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 064184

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6644

Société :

66023

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : BALAHNA BELKACEM

Date de naissance : 15/04/1957

Adresse : lot Sekolia 1 Rue 15 NR 8 Hay Hassani

Tara

Tél. : 0614375885

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/3/2021

Nom et prénom du malade : Amak Fadma Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hemo. S. lipide chole. plus

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 : / /

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
30/12/2021		2	100	Dr. AYACH M'hamed Professeur de Néphrologie - Hémodialyse CNSS Dernier Mallet - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL HAKIM Dr. AAOUI BOUCHRA 100, Rue Abdellatif Sekkilia Oued CASABLANCA - Tel: 0522 90 71 60	30/03/2021	328,90

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	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



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le 30/3/2021

Arrak Adlina

34,60x02
69,20 Lsd. lxi 141jai N 2

30,18 Tomatum

14x2jai

SV
PHARMACIE AL HAYKIN
Dr. Al Haykin - Sakkala Oulfa.
180, Rue Argelie 60100 Casablanca - Tel.: 0522 90 71 60

10,30 Dipironic

14x2jai

SV

10,18x02

203,60 Covernystyl

141jai 10

SV

Docteur HACHIM Khadija
Professeur de Néphrologie - Hémodialyse
Derb Ghallef - Casablanca

328,90 VTC - 141jai

SV

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 30 20 إلى 05 22 86 42 05 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 20E024
PER : 30/2024

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 20E024
PER : 09/2024

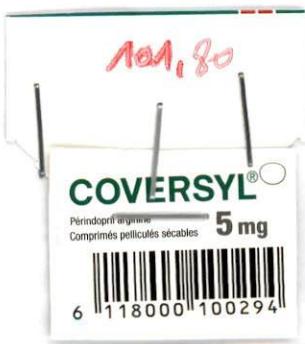
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH60

6 118000 010845

LOT : 20E017
PER : 08/2025

PPV: 10DH30
PER: 10/23
LOT : I2758

Doliaprane® 500 mg
PARACÉTAMOL
20 COMPRIMES SECABLES
6 118000 040347

101,80

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables
5 mg

6 118000 100294

101,80

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables
5 mg

6 118000 100294