

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.

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

Information : contact@mupras.com
Service 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° M21- 0014063

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0006513

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Abderrahmane HAZOUANI

Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : H. EL SAFA Rue 23 N 10 EL ANASSA CASA

Tél. :

Total des frais engagés : 651,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/01/2021

Nom et prénom du malade : MA ZOUANI Abderrahmane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : MSA - syndrome métabolique - diabète - hypertension - obésité

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 :

Signature de l'adhérent(e) :




Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ 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
27-11		C	150	
2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/21	501.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

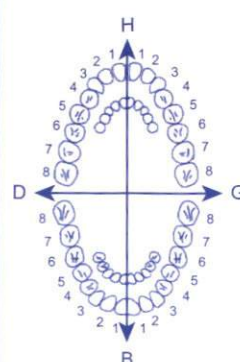
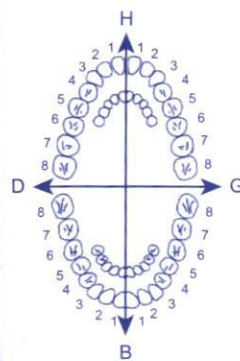
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr. Abdelali BENKARIM

Médecine générale

Ex-Médecin Attaché à l'Hôpital

Mohamed V

- . Diplôme universitaire de l'échographie
- . Diplôme universitaire de diabétologie
- . ECG
- . Diplôme universitaire diététique - nutrition

الدكتور عبد العلي بنكریم

الطب العام

طبيب سابق بمستشفى

محمد الخامس

- . دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
- . دبلوم جامعي في أمراض السكري
- . التخطيط القلبي
- . شهادة في التغذية نظام الحمية

Casablanca, le : 28 - 2 - 2021 في : الدار البيضاء

Mazouani abderchmane

49,40

1) - cal cul my

63,20 x 2 19 + 1 1/2 ans p del.

2) 24 x 100

99,00 19 + 1 1/2 ans

3) 24 x 100

22,20 x 2 19 x 1 1/2 ans p del.

4) - cal cul my

79,70 1 - 1 - 1

5) - cal cul my

75,00 19 x 1 1/2 ans

6) - cal cul my

27,70 19 x 1 1/2 ans

7) - cal cul my

النساء و الاطفال

Hommes, femmes & enfants

Hay, 501,60 Cré Essalam, Groupe 6 Imm 44, 1er étage Appt N° 7

حي الألف، المجتمع السكني الضحي دار السلام طريق الرحمة المجموعة H6 عمارة 44 رقم 7 الطابق الاول

Tél.: 05 22 934 938

LOT: 201590
EXP 06/2023
PPV 99.00DH

PPV:79DH70
PER:11/23
LOT:J3283



LOT: 084
PER: DEC 2023
PPV: 49 DH 40

PPV 22DH20
PER 09/22
LOT J2422

PPV:22DH20
PER:10/22
LOT:J2911

LEVOPH 0.05%
Collyre 5ml

ZEN-TOP 44000A
PPV 7500 GHS
AMM N° 726/16DMP/31/2022

LOT: 084
FAB: 02-2020
EXP: 01-2022

H5808

63.20



63.20

