

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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 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.

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

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.

MD.

Maladie

Dentaire

76071 Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2928 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELABED HALIMA Sœur de SABRI Saïd

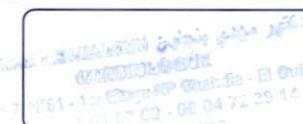
Date de naissance : 1952

Adresse : Groupe X Rue 156 N° 18 el ouf Casablanca

Tél. : 06 28 11 53 / 05 22 04 55 Total des frais engagés : 11023 Dhs - 150.102 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2021

Nom et prénom du malade : BELABED HALIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 20/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
21/01/11	ESG ECC		15000 10000	21/01/11 INPE 51-0010 INPE 51-0010

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

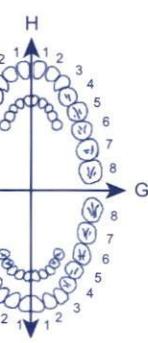
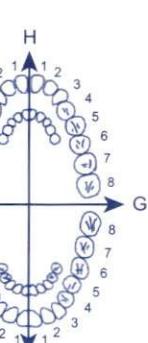
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

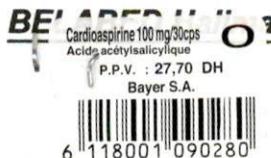
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 01/06/2021

Nom et Prénom :



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



27,70 x 3

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

100,70 x 2

TAMBOCOR 100

1/2 comprimé le matin et soir, pendant 3 mois

104,60 x 3

SECTRAL 400

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

24,70

TARAXET

1/2 comprimé le soir

N 1585:1

34,6-

LASICLIX 40

1 comprimé le matin, pendant 10 jours

101,80 x 2

COVERSYL 5 MG

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

126, - x 2

ESCIPLEX 10

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

T - MA3.2-

LOT: 20051 PER: 03/2025
PPV: 100,70 DH

LOT: 20050 PER: 03/2025
PPV: 100,70 DH

104,60

104,60

104,60

126,00

PPV 126.00
EXP 01 2023
LOT 210219 1

126,00
PPV 126.00
EXP 01 2023
LOT 210219 1

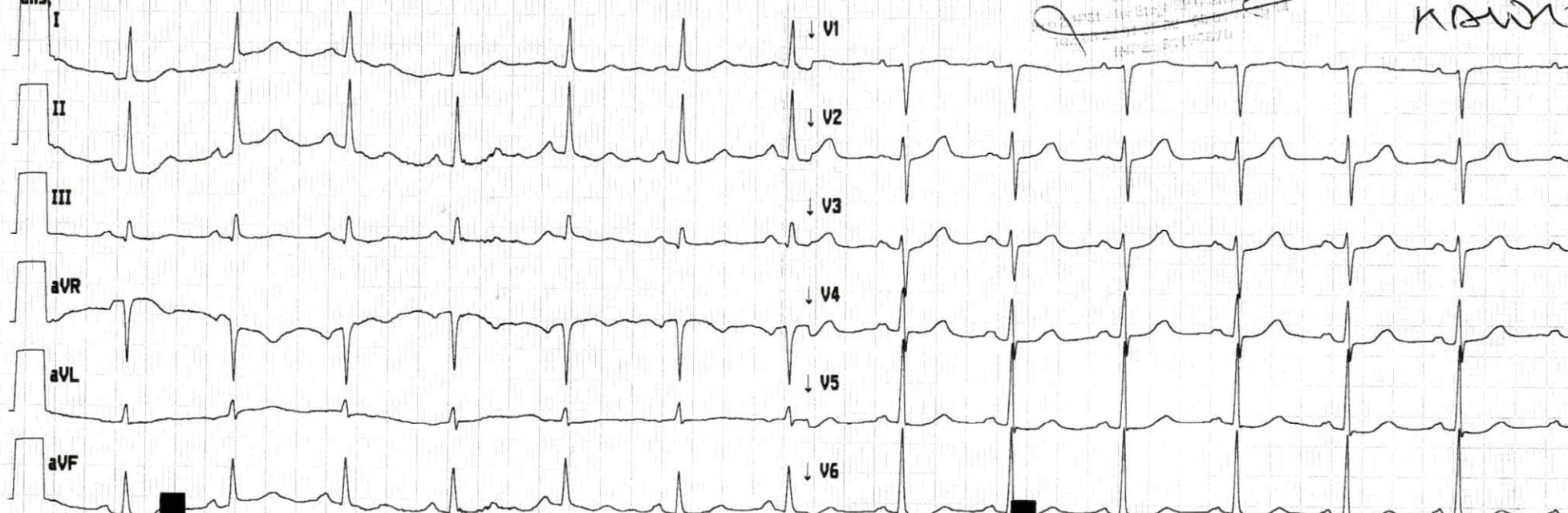
101,80

24,80

101,80

ID:
D-naiss:
ans.

1-Jui-2021 11:25:43 Fréq. Card.: 82 BPM
Axes P-R-T: 71 44 45 Int PR: 159ms
Dur.QRS: 79ms QT/QTc: 368/406ms



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence #18636 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz