

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@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° W21-631518

76653

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1236

Société :

RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASSOUNA MIL OUD

Date de naissance :

25/11/1952

Adresse :

N° 17 Rue 33 Hoy Al Aoud 3

CASABLANCA 4

Tél. :

0661745803

Total des frais engagés :

710,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/05/2017

Nom et prénom du malade :

ZATOU MALKIA

Age: 62

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'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 : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature de Médecin attestant le Paiement des Actes
17/05/2021	C5		300,00	INP : 00000000000000000000000000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Code du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/2021	INPE 08215726 410.50

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

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																					
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car																					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td><td style="padding-left: 10px;">21433552</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td style="padding-left: 10px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td><td style="padding-left: 10px;">00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td style="padding-left: 10px;">35533411</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td><td style="padding-left: 10px;">11433553</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td><td style="padding-left: 10px;"></td></tr> </table>				H	25533412	21433552			00000000	D	00000000	00000000			35533411	B		11433553	G		
H	25533412	21433552																			
		00000000																			
D	00000000	00000000																			
		35533411																			
B		11433553																			
G																					
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DE																		



Spécialiste en hépato-gastro-
entérologie et proctologie

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire et intestins
- Proctologie médicale et chirurgicale
- Certificat Universitaire d'échographie
- Fibroscopie digestive et coloscopie
- Anciens patients CHU Ibn Rochd

اختصاصية في أمراض الجهاز
الهضمي الكبد وأمراض المخرج

- التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة والأمعاء
- أمراض المخرج وجراحة البواسير
- دبلوم الفحص بالصدى
- المنظار الداخلي
- طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي ابن رشد

Casablanca, Le :

14/05/2021

M : Batoue Holik

27,00

27,00

~~27,00 + 3~~

~~Alinier 81,00~~

~~1000~~

3.7

1 m.u.

~~100 x 2 = 100~~

~~49,00 x 2 = 98,00~~

2) Dr Rougier Max

~~100 x 4 = 400~~

X PHARMACIE BILAL
Dr Fatima Zohra
LEMIRINI 78
Hay El Fassi 22, 80, 84, 97
Tunisie - Casablanca - Maroc

COOPER PHARMA
PPC : 49,00 DH

COOPER PHARMA
PPC : 49,00 DH

3) ~~79,00 x 2 = 158,00~~

~~max floe~~

S.V

400

0522 28 61 57

docteuribnghazala@gmail.com

د. الله الشباني، حي المسجد 2 مارس - الدار البيضاء، (أمام اعدادية الغرالي للبنين وصبدية ناصر)

285, angle Abou Chouiba Doukkali et Abdellah Chabani, Hay Al Masjid, 2 Mars (Devant Phama)

Lot : F01/20
Duo : 01/23
P.P.C : 79 DH

Lot : F06/20
Duo : 06/23
PPC : 79 DH

73,50

4 Falax

2s

73,50



LOT : T20162
Exp : 10/2023

veni

Feeby

