

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 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.



Declaration de Maladie

N° W19-572627

*sur
elle par*

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5623 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ASSAAD JAMILA

Date de naissance : 19/10/1961

Adresse :

Tél. : 06 63 07 54 65 Total de frais engagés : 120

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

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 n'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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

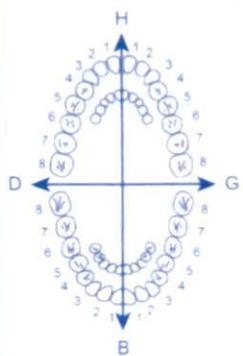
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

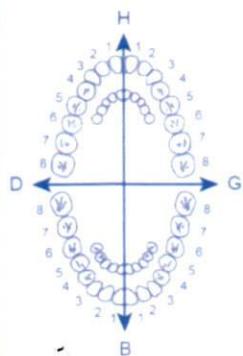
Cachet et signature du praticien AIR MEDICAL Hay Miv Abdellah Rue 300 N° 25 Ath CRock - Casa Tél/Fax 022.87.27.49	Date des Soins 08.07.21	Nombre				Montant détaillé des Honoraires 120.00 DH
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة
(الرکورة عرباوي بتل فاتیحة)
أخصالية
الفداء - السكري
الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le : 24/06/25.

N° ASSAD - mille.

150 - Bid fls hm

- Budelitk + 1/2e A6

20,90 - Vita ~~250 mg~~ 250 mg (2A/B)

75 - Glucemato.

73 - A - B - C - D
av 2 fls repas

152,50 - Lettosalstur 6 sachets

91 - Cholast 20 2 sachets.

92,90x4 - Verlone 250 mg 4

28,80 - Vitanervil 500 mg 10

1546,80 - Sangem 250 mg

Troulet d. 3

ARBAOUI FATHIA
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
Route de l'Oasis Casablanca

إقامة جمهورية 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence 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

AIR MEDICAL

Facture en FRF N° : 21/0561

ASSAD JAMILA

Vente matériel médico-chirurgical

DATE	CLIENT	PAGE
08/07/2021	0358	1

Mode de règlement :

Réf.	Désignation	Quantité	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
B ONE 26	BANDELETTE ONE CALL PLUS 50B	1	120.00	120.00	20.00

BASES HT	REMISE	MT TVA	% TVA	PORT	TOTAUX	TOTAL TTC	ACOMPTE	NET A PAYER
1 100.00	Tx 0.00	20.00	20.00	0.00	H.T. 100.00	120.00	0.00	120.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
cent vingt dirhams

AIR MEDICAL
Hay M^y Abdellah Rue 300
N° 25 Ain Chok - Casa
Tél/Fax : 022 87.27.49