

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAM

Retraité

Date de naissance :

1941

Adresse :

LABDAA Mohamed
Haf El Aliia Rue 3 N° 22 Elouffa casa

Tél. : 05 22 90 51 65

Total des frais engagés :

1441,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/01

Nom et prénom du malade : LABDAA Mohamed

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + Diabète de type 2

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 : 1/1/01

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
20/09/11 à 09			10000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAHEDDINE SELMA HASSOUNI 756, Boulevard Oued Sebou Tel : 05 22 90 50 06 - Casablanca	02/09/2021	1314,40

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.

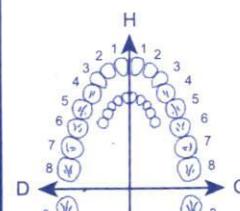
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
.....



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D ————— G												
00000000	00000000											
35533411	11433553											

EXPERT ASSERMENTÉ PRES LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE
ECHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 08/09/01

CASBAA Oulhamed

60,00 x 3

- Anarel 2 mg

20,00 x 3 Mater 10

97,70
43,40 queps 5

27,70 x 3
Cardiotonique

94,00 x 3 Cyt
- adexol LP

113,14,40 TG
Traitement de

PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI
756, Boulevard Oued Sebou
Tél: 05 22.90.50.06 - Casablanca

N° 111281



شارع واد أم الربيع - زنقة 69 - رقم 4 الطابق الأول - حي الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.90.51.65

Bd. Oued OUM ERRABII Rue 69 N°4 - 1^{er} étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22.90.51.65

49,40

97,20

207,00

207,00

AMAREL 2MG

CP 830

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

LOT : 20E006
PER : 11/2023

AMAREL 2MG

CP 830

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

LOT : 20E006
PER : 11/2023

AMAREL 2MG

CP 830

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP 830

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

LOT : 20E006
PER : 11/2023

R® LP

LOT 1012519

EXP 09/23

PPV 94DH00

LOT 1012519

EXP 09/23

PPV 94DH00

LOT 1012519

EXP 09/23

PPV 94DH00

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280