

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

Généralités :

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.

Éducation :

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 03 Polyclinique Amane 4 Rue Soltana 2

B2 oumer Ben KHATTAB Sidi Mamoud Chab

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 672,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/08/2010

Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HADJ Age : 1948

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 28 ostéoporose

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 : Casab

Le : 05/08/2010

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
05/08/21	Y2	1250		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAQUE INES BENI KHKH B. Dr. El. Pharmacie Moulay Abdellah Rue 75 n° 40 CASA - Tel. 0522 50 24 80	05/08/21	# 672,00 #

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

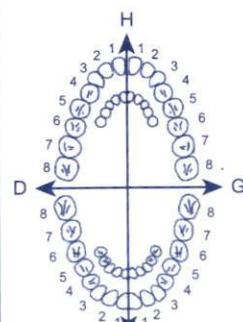
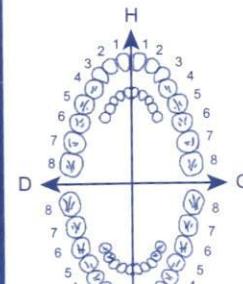
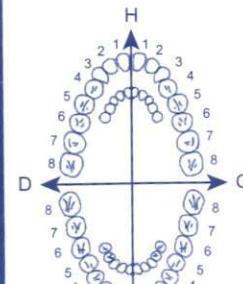
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																								
																												
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
				Coefficient DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DATE DU DEVIS																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																										
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</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>B</td> <td></td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</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>B</td> <td></td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
H	21433552																											
25533412	00000000																											
D	G																											
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
B																												
H	21433552																											
25533412	00000000																											
D	G																											
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
B																												
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																											

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotriptie extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية
والمسالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية والمسالك البولية

خريج كلية "لب بنيس (فرنسا)"

PHARMACIE NICE

BENCHIKH B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - T.M. 05 22 27 16 30
Casablanca, Le:

01/08/2021

DAHYALI → 10901

PPV: 163 Dhs 20
N° de LOT.: LF20928A
Date d'EXP: 07/2022

163.20
x2

15 Dush

109.15

SV

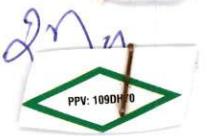
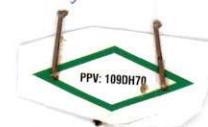
20 Dh

109.70
x2

109.70
x2 eonthfpo

SV

CONC.



89.50

④ LIDOFOR

SV

X 1011 0325
Lot/À consommer de préférence
LOT PER
Prix 89.50

36.70

SV

15.00

④ ANDROLOT N° 5542

11/2022 22/11/2022

LOT 201699
EXP 11/2022
PPV 36.70DH

672.00

11 فرنقة الأمير مولاي عبد الله في فرع Yves Rocher
صبياً - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdellah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

Tél.: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.16.30 Email: urotk@yahoo.fr

Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75

CASA - T.M. 05 22 27 16 30

Fax: 05 22.27.59.42

الفاكس: 05 22.27.59.42