

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

cique :

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.

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.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Optique *83988* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8621* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *BERBER MOHAMMED*

Date de naissance : *29/10/69*

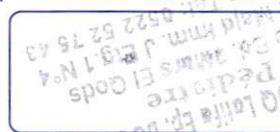
Adresse : *Novacur*

Tél. : *06 68 12 23 51* Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *07 SEPT 2021*

Nom et prénom du malade : *BERBER Hajer* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Anarhexie*

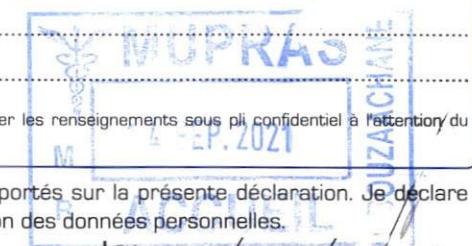
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'ententori 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 :

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]* Le :



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
07 Sept 2021		MS	200 DH	Signature Dr. S. B. Chahal N° 4 Res. blanca Tel. 0522 5217543

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE MAJOREL Coopérative Sofaca 1, N° 14 Ouled Taleb, Casablanca - Tél : 05 22 50 8 52	07/09/2011	223,20

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.

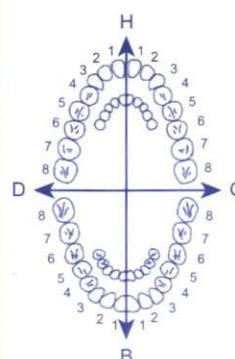
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur Latifa SADOUQ

Maladies des Enfants et des Nourrissons
Diplôme d'Allergologie, Asthme de l'Enfant

الدكتورة لطيفة صدوقي
اختصاصية في أمراض الطفل
و الرضيع

Ordonnance

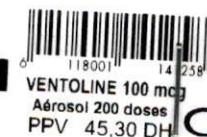
Casablanca, le
07/09/2021

BERBER Hajar

Age : 10 ans 4 mois

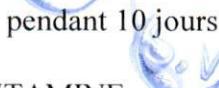
4530 VENTOLINE SPRAY

3 bouffées 4 par jour , pendant 10 jours



3890 PEDIAKID MULTIVITAMINE

1 cm 2/j (pendant 1 mois)



79,90 ZAVIT MAGNISIUM

1/2 cp le soir (pendant 1 mois)

Lot :
A consommer de
préférence avant le :
PPC : 79,90 DH

PHARMACIE MAJORELLE

Coopérative Sofaca I. N° 14
Ouled Tales, California
Casablanca - Tél. + 05 22 50 81 42

au réfrigérateur après ouverture. Complément alimentaire n'est pas un médicament.

PVC : 98,00DH

Dr. SADOUQ Latifa Ep. BOUZIANE
Prix :
Date :
Periode : Doses
Casablanca Tel: 05 22 52 75 43