

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

- 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0003101**

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : **S.A.B.I R**

Autre :

MOHAMED

Date de naissance : **1943**

Adresse :

Tél. : **0663.74.70.67**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **1/9/21**

Nom et prénom du malade : **SABIR MOHAMED** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

AFF CRVX **AFF gabs**

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 **1/9/21** 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
01/09/21			120	
02/09/21			120	
03/09/21			120	Dr. ARRAKI Jamâ, 4, Rue Ibn Khaldoun Habous Casablanca Tél: 0522541027 - 06608620

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

01/09/21

2697,60

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
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'Oral.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				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'EXECUTION				

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

Docteur Jamal Arraki

Médecine Générale

*Ex-médecin Militaire
Expert Assermenté près les Tribunaux
Certificat Universitaire d'Echographie
médecin agréée à la visite
médicale d'Aptitude pour
permis de conduire*

4, Rue Ibn Khaldoun, Habous- Casablanca
Tél. : 0522 44 25 43 - 0650 86 30 11

الدكتور جمال العراقي

الطب العام

طبيب عسكري سابقا
خبير محلل لدى المحاكم
الفحص بالصدى
طبيب مرخص بالفحص
الطبى لرخصة السياقة

4، زنقة ابن خلدون، الأحباس-الدار البيضاء
الهاتف: 0650 86 30 11 - 0522 44 25 43

الدار البيضاء، في : ٢١/٢٠/٢١
Casablanca, le : ٢٠/٢/٢١

sabin roha ned

$$140,20 \times 6 = 841,20$$

FORT ZAAPP S.V. 100/25

$$98,90 \times 6 = 593,40$$

AN LOR

109,20 X 5 = 546
GARAGE
Mine SED

140,00 x

29,50

15,50

CABBO SDR B

$\nabla \leftarrow \{x\}$

RESPIRAZOLE

1769 32



S.V.

5

Dr. ARRAKI Jamal
4, Rue Ibn Khaldoun
Habous - Casablanca
(+): 0522.44.25.43 - Gsm: 0650.86.30.11



P.P.V.
98 90

P.P.V.
98 90

AMlor® 10 mg
28 COMPRIMÉS

AMlor® 10 mg
28 COMPRIMÉS

AMlor® 10 mg
28 COMPRIMÉS

P.P.V.
98 90

PPV: 109DH20

GAPREX® 25 mg

LOT:20C030 EXP:09/23
PPV:109DH20

GAPREX® 25 mg
20 Gélules

PPV: 140,00DH

OEDES 20mg○

P.P.V.
98 90

AMlor® 10 mg
28 COMPRIMÉS

PPV 109DH20

GAPREX® 25 mg

PPV: 140,00DH

OEDES 20mg○

P.P.V.
98 90

AMlor® 10 mg
28 COMPRIMÉS

PPV:109DH20

GAPREX® 25 mg

PPV: 140,00DH

OEDES 20mg

GAPREX® 25 mg
PPV: 109DH20

PPV: 109DH20

PPV: 109DH20

PPV: 140,00DH

OEDES 20mg

PPC: 79,50 DH

PPC: 79,50 DH

BISPIRAZOLE®
Spiramycine 1,5 MUI et Métronidazole 250 mg

PPV 750 H 50
FER 01/23

