

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00420 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAIK K. Abdellah (20237)

Date de naissance : 24/11/68

Adresse : Gh-Riad 161 N° 15, Salha, Casab

Tél. : 0625104722 Total des frais engagés : 853,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Rachid K. Abdellah

Date de consultation : 14/01/2022

Nom et prénom du malade : CHAIK K. Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tremble des jambes

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 : / /

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
17/01/22	(c6)		300 DH	Dr. Achraf Hepato-Gastro-Entérologiste Bd. Othmane Rabbani 15 Zemzoum Etage 00 Tél: 05 22 90 85 24 06 01 31 22 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ERKRI Abdellah DOSSIER N° 002243234 002243234 BD CED MOHOUYE E DOUTRA 002243234 BD CED MOHOUYE E DOUTRA 002243234 BD CED MOHOUYE E DOUTRA	17/10/2022	853,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	214333552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	114333553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hépato - Gastro
Entérologie - Proctologie
(Hémorroïdes - Fistule
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
وأمراض المخرج

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Aldetati
Docteur en Pharmacie
220-224 Bd Oued Moulaya El Oulfa
Casablanca . Tel: 0522 90 51 13
ICE: 00229122000071

Casablanca, le :

19/10/2022

134,00 ex5

~~Dr. Rachida BENSCRI~~
Hépato-Gastro-Entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus Imm. L30
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

CHAK la haddanf

34,40

- ~~drap ind v~~ ~~134,00~~

85,00

- ~~carton ind v~~ ~~134,00~~

64,10

~~Tél: 853,50 Rachida~~
Hépato-Gastro-Entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus Imm. L30
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus, Imm L 30 - 2ème Étage - Oulfa
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

CARBOLIDER PEGA 30 GELULES
LOT : S0165
PER : 02/2023
PRIX : 85 DH

PEGA CARBOLIDER

34,40

AXIMYCINE® comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 14006 3
EXP 03/2023

PPC : 134 DH 00

5 420044 310395



5 420044 310395



PPC : 134 DH 00

PPC : 134 DH 00

5 420044 310395



PPC : 134 DH 00

5 420044 310395



PPC : 134 DH 00

5 420044 310395

