

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

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 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

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



Maladie

Dentaire

MUPRAS
RECEPTION

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4598

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MOUADDEN HASSAN

Date de naissance : 25/12/1960

Adresse : BLOC E N° 15 Désouza

Tél. : 06 64 31 52 78

Total des frais engagés : 438.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. LAABOURRI
traumato-Orthopédie
67 Bd Mly Imaïd Berrechid
GSM 0661 32 50 34

091087452

Date de consultation :

14-01-2022

Nom et prénom du malade :

EL MOUADDEN NANA

Age :

Lien de parenté : -

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Scapulo-thoracique

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 : Désouza

Le : 14/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

22022 01 14 2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

BELEVE 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
14/01/2022	6a	300,00		<i>Dr A. Traumato Chirurgie ORRI 85 Bd Malesherbes 75008 Paris GSM 068 32 12 12</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA BOUTEILLE D'OR Deneziere - 75020 Paris	14/11/22	198 ~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

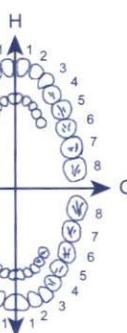
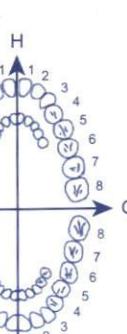
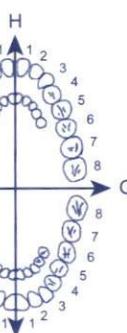
AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Médecine de Sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام

الطب الرياضي

ICE : 001898108000064

E-mail : docsilialaab@gmail.com

Berrechid, le :

14/01/2022

Mme Nana ELMOUADDEY

- Melimecy 1x2/1
- Danone Ex BTJ
- Biscuit 1x BTJ
- Caffea 100 1x 2/1 Repas
- 198.-00
- Vollceptol 1 x 2/1
- Ceteregyl Ds 15g H/J
- IPS 1x2/1

شارع مولاي إسماعيل - برشيد - المحمول : 34 87

87, Avenue Moulay Ismaïl - Berrechid - Gsm : 06 61 32 50 34

80 كاجول كاجول كاجول

تبلیغ ۱-۲۳

اسدی

کاری

CNK 3259-850

PUC: 198.00DH

LOT C139
2024-05

3 401020 354451 >

REV. 2021/01/C

الدوکر میں وقت