

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.

adiologie 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.

aire :

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.

ie 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.

resses Mails utiles

clamation : contact@mupras.com
e en charge : pec@mupras.com
ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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

13641

Déclaration de Maladie : N° P19-0007190

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : E767 Société : RMM

Actif Pensionné(e) Autre: VME

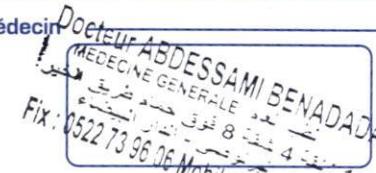
Nom & Prénom : Zohra MAITI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/02/2022

Nom et prénom du malade : AZIZ Ezzouhri Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Le bulge Cervical

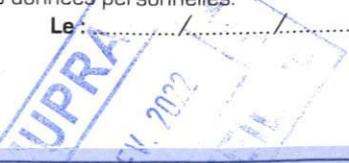
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 23/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0007190

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
03/02/2012	C.1	2	160 F	<p>Docteur ABDESSAMI BENADADA MEDICINE GENERALE</p> <p>ف.م.د. سامي بنادادا</p> <p>ف.م.د. 8 فبراير 2012</p> <p>ف.م.د. 4 فبراير 2012</p> <p>ف.م.د. 16 فبراير 2012</p> <p>EX: 0522 73 06 Mobile 061 07 24 12</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RUE 2 N D'OS CRESPI CIE CHOPRAME	20/11/2014	233,00

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	

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

A circular diagram showing the numbers 1 through 8 arranged in a circle. The numbers are positioned as follows: top (1), top-right (2), right (3), bottom-right (4), bottom (5), bottom-left (6), left (7), and top-left (8). Arrows indicate a clockwise cycle: 1 to 2, 2 to 3, 3 to 4, 4 to 5, 5 to 6, 6 to 7, 7 to 8, and 8 back to 1. There is also a counter-clockwise cycle: 1 to 8, 8 to 7, 7 to 6, 6 to 5, 5 to 4, 4 to 3, 3 to 2, and 2 back to 1.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr. Abdessamī BEN ADADA

Médecine Générale et du Sport
Echographie Clinique Doppler

26, Rue Nabols Qods
S. Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05 22 73 96 06
06 61 07 24 12



الدكتور عبد السميع بن اعدادة

الطب العام والرياضي
الفحص بالصدى

16 زنقة 4 فوق حمام طريق
الخير س. البرنوسي البيضاء
الهاتف : 05 22 73 96 06
06 61 07 24 12

AZIZ El Zouhri ORDONNANCE

27,50

الدار البيضاء، في

Casablanca, le 03/08/22

S.V.

1005 1181

Libalg

27,50

Voltaren SR

100 mg

100 comprimés

SR 75 mg

100 mg

100 comprimés

SR 75 mg