

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.

N° W21-602914

106104

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6076 Société : RAH

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

D HISSI Salah Eddine

Date de naissance :

15.01.56

Adresse :

LOT. NAW.RASS 267 Dan Bouazza Casa

Tél. : 0661.1834.66

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

23/11/2011

Date de consultation :

DHISI AY DRC

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gastro ente

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/11/2011



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
23/12/2021	C	159,00		INP : 2312212021 ESSARAJ HOUDA Sectrice Générale Aisan N°423 Dar Bouazza 0522 29 09 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Hamra Dr. ZAID Hamed 122 Lot. Anssan Dar Bouazza Casablanca Tél: 05 22 29 09 49	23/12/2021	326,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
<img alt="Dental chart showing upper and lower				

Médecine Générale
Echographie
Diplôme en gynécologie
obstétrique et infertilité
de l'université de Bordeaux France



الطب العام
الفحص بالصدى
شهادة طب النساء

متابعة الحمل صعوبات الاجاب و العقم
من جامعة بوردو فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le 8/11/2021 الدار البيضاء، في

DHASSI AYADNE

M. aptar 1

98,80

- ESAC 40
122,80

ESAC® 40 mg
esomeprazole
14 gélules

PROMOPHARM S.A.

6 118000 241911



Dr. ZAID HAMDOULI
Casablanca
Tél.: 05 22 29 09 49



127	21003
PER	03/23
PPV	122DH80

75,00

28,10

Vofac 190 21



VOGALENE® 0,1%
Solution buvable - 150 ml

6 118000 081050

للتوصي رقم 123 - الطلاق الاول الدار البيضاء الهاتف : 0522.29.09.12

Dar Bouazza Lot. El ANSAR N° 123 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 0522.29.09.12

Lot El Ansar N° 123 Dar Bouazza

Tél : 0522 29 09 12