

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° W21-701141

Mabat

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

5647

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELUKHAIEK NORD INC

Date de naissance :

11/11/1956

Adresse :

Tél. : 0665826560

Total des frais engagés

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/03/2018

Nom et prénom du malade :

EL KHALY KARIM

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Enfant

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 : 7/14/2022

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
21/02/2022	02	69	INP : 0500000000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ORTHOPHARM Magasin N°1 Rue Colonel Gros Quartier des Hôpitaux Tél: 05.22.27.26.01 Fax: 05.22.27.26.00 GSA: 06.58.01.02.55 ICE: 00000119 000079	22/02/2022	1201,00 545

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 :



مصحة عين الصقور

CLINIQUE AIN CHOCH

ORDONNANCE

Dr VELAMIER Acmeast

Casablanca, le 4/10/2022

- 2 vis superficielles
- + 2 mailles
- 1 Trousser

ORTHOPLUS
Magasin N°1 Rue Colonel Gros,
Quartier des Hôpitaux
Tél: 05 22 27 36 01 - Fax: 05 22 27 23 67
GSM: 06 58 32 22 22
ICE: 00000119/000079

Dr. AHMED Karim
Orthopédiste et Traumatologue
18, Bd Abdelmoumen, Imm 'Ghal Center'
Casablanca - Tél: 9522 98 93 90

Casablanca, le 22 Février 2022

**VENTE AU COMPTOIR
ACHRAF EL KHAIER**

FACTURE N°067/2022
BL N°10142

REF	DESIGNATION	QTE	P.U TTC	P. TOTAL
309628-14	Vis à spongieux D:4 F/C L:28mm	01	200.00	200.00
309630-14	Vis à spongieux D:4 F/C L:30mm	01	200.00	200.00
309699	Rondelle pour vis D:3,5	02	149.00	298.00
	Trousse de Hanche	01	500.00	500.00
TOTAL TTC			1 198.00	
Dont TVA 20% =			199.67	
Droit de Timbres Fiscaux (0,25%) =			3.00	
NET A PAYER				1 201.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE DHS TTC :
MILLE DEUX CENT UN DIRHAMS

ORTHOPLUS Sarl

ORTHOPLUS
Magasin N°1 Rue Colonel Gros,
Quartier des Hôpitaux
Tél: 05.22.27.36.01 - Fax: 05.22.27.36.67
GSM: 06.58.95.62.15
ICE: 000001197000079