

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 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

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° W21-663224

111262

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

6255

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHABBAB SOUAD

Date de naissance :

01 - 01 - 62

Adresse :

Tél. : 0676805695

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/02/2022

Nom et prénom du malade :

chabbab souad

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Néoplasie du pancréas

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 :

CASA

Le :

Souad

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	ALAOUTI F B Monsieur de la Facture Pharmacie de Lorraine 52, Bd. Rabelais Tél.: 0522 22 27 51 Fax: 0522 22 27 54 ICP: 0622 22 27 51 249,90
ALAOUI F B Pharmacie de Lorraine 52, Bd. Rabelais Tél.: 0522 22 27 51 Fax: 0522 22 27 54 ICP: 0622 22 27 51 249,90	08/02/22	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

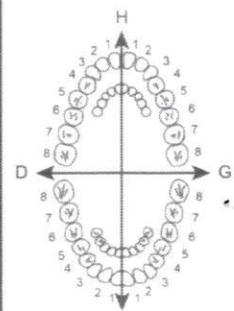
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

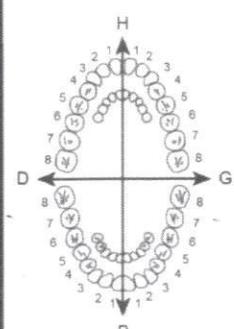
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT PER TRAVELER

MONTANTS DES POINTS

DATE DUE
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



08/02/2023

LOT 213348
EXP 12/2024
PPV 35.70

LOT 213348 1
EXP 12/2024
PPV 35.70

LOT 213121 1
EXP 11/2024
PPV 35.70

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

LOT 213348 1
EXP 12/2024
PPV 35.70

Radiothérapeute
Mardi AM

LOT 213328 7
EXP 12/2024
PPV 35.70

LOT 213724 7
EXP 12/2024
PPV 35.70

LOT 213348 7
EXP 12/2024
PPV 35.70

Mr Chabbab. Smaïl

u32

Al pro 3 lug



LAOUI FDDI Mostafa

Pharmacie de l'Arche SARL
22, Bd. Raha El Hesni - Casablanca
Tel: 0522 26 35 40 / 0522 22 27 56
ICP: 00253701000094

Pr. Abdellkader ACHARA
Oncologue Radiothérapeute
INP: 091157321
Ryad Oncologia Clinic

249,90

N° 15 Allée du

Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca

Tél : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologiyad.com

GSM : 06 62 09 54 15 - 06 62 09 54 26