

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société : ND
 Actif Pensionné(e) Autre : ND
 Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ
 Date de naissance : 01/01/48
 Adresse : 03 Polinément Ouarane 4 Rue Soltana 2
Bd Omar Ben KHATTAB Sidi Mounir Casablanca
 Tél. : 05 22 70 63 49 Total des frais engagés 1344,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HADJ Age : _____

Lien de parenté : Fils/ Fille Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologies : _____

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 : 16/06/22 Le : 16/06/22

Signature de l'adhérent(e) : LAHYANE EL HADJ

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
01/06/2022	Ys	300DHs		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU PROGRES EL GUERMA Abdelghani 3, Place du 16 Novembre Casablanca - Tel: 0522 22 46 20 - 0522 22 46 40 Fax: 0522 28 42 06	10/06/2022	1377,00

PHARMACEUTICALS - ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Hay Morris SA - Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hay Morris			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

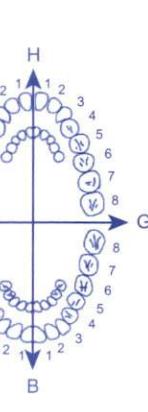
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

PROTHÉSES DENTAIRES		MATERIAUX		COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		G		00000000		11433553		MONTANTS DES SOINS	
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D																									
00000000																									
35533411																									
B																									
G																									
00000000																									
11433553																									
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																							
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotriptie extra corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية
والمالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية و المالك البولية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

5.106/2022

DATHYANE EC HAJ

1377,00

166

1 x 21

35,99

36,70

INDument Sirop

35,99c

ANXIOLINES

PHARMACIE EL GUERMAÏ

بنجع

BENCHOURA

Dr. El Guermaï

16 Novembre 75 n° 40

Hay Moulay Abdellah - Casablanca - Tel: 0522 22 05 20

fax: 0522 20 13 06

8116

15

154,90

LOT 210220
EXP 09/2022
PPV 82.10DH

PHARMACIE DU PROGRES
EL GUERMAÏ Abdelghani
9, Place du 16 Novembre
Casablanca - Tél: 0522 22 05 20
Fax: 0522 20 13 06

زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق يق روشي) - الدار البيضاء .

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

البريد الإلكتروني : urotk@yahoo.fr - الهاتف : 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30 - Email : urotk@yahoo.fr

fax : 05 22.27.59.43 - الفاكس : 05 22.27.59.43