

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)
9588

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHIYATE MOHAMED

Date de naissance :

1956

Adresse :

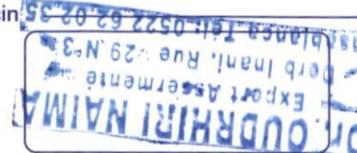
HABITUELLE

Tél. :

06 68 61 55 32 Total des frais engagés : **794.900DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05/07/2022**

Nom et prénom du malade : **MR CHIYATE Mohamed** Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

P.S.A

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : **Casablanca**

Le : **05/07/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARINAYE ENQUIERE HARINAYE Doc. 1 39 Rue des Amis H.M Casseuse Tel. 03 22 82 10 La Villette</i>	05-07-22	664,40

RELEVE DES FRAIS HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte effectué 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.														
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
	O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H	G											
		25533412 00000000	21433552 00000000											
		D	G											
00000000 35533411		00000000 11433553												
B														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS												
		DATE DU DEVIS												
		DATE DE L'EXECUTION												

Docteur Naïma C

MEDECINE G

Médecin Assis : 12821011
Boîte : 10/2024
Prix : 79,50 DH

Expert près les

TERAZOSI

TERAZOS

TERAZOS

LOT : 12821011

PER : 10/2024

PPU : 79,50 DH

LOT : 12821011

PER : 10/2024

PPU : 79,50 DH

LOT : 12821010

PER : 09/2024

PPU : 79,50 DH

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Casablanca le 05.07.2022

Pharmacie

La Villette

Tél : 05 22 61 69 56

H.M

Casablanca

Tél : 05 22 61 69 56

9, Rue Ben Ammar

CP 10000

DOC

PHAR

YATE

MO

Terazosin

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
LOT : 21E003
PER : 10/2024

PHARMACIE JANQUIERE
Halima Moustakim
Doc... Pharmacie
39, Rue Ben Ammar La Villette
H.M Casablanca Tél 05 22 61 69 56

3x AMAREL 8mg
60,4-

2x AXIMYCINE (D.V.)
Chu

AXIMYCINE® 14 comprimés d
PPV 64DH10 LOT 15003 8
EXP 06/2023

LOT : 9167
UT. AV : 05-25
P.P.V : 17 DH 50

AXIMYCINE® 14 comprimés d
PPV 64DH10 LOT 15003 9
EXP 06/2023

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
LOT : 21E003
PER : 10/2024

6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
LOT : 21E003
PER : 10/2024

6 118000 060031