

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0020661

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7610 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHABIB KHALID Date de naissance : 01.02.63
 Adresse : HAT FATEH ECOLE FACOT R.V. 25
 Tél : 0663969476 Total des frais engagés : 625,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 AOÛT 2022
 Nom et prénom du malade : CHABIB KHALID Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : 16 / 08 / 22
 Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
16 AOUT 2011	C		20000	دكتور سعيد الطرول طبيب محلف، مختبر لدى المحاكم 60، طريق مولاي القمامي غرب مكنشفي الحمي الحسني مارولا - الحمي الحسني الطابق 07 48 27 48 هاتف : 07 48 27 48 07 48 27 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

16/08/2011

425,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

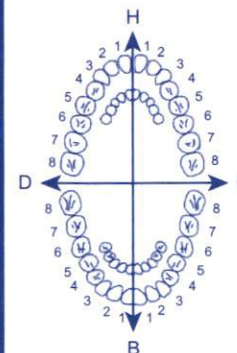
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

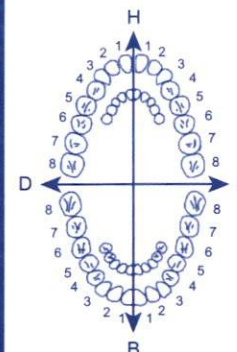
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الخزولي

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

Casablanca, le : 16 AOUT 2022

1. Leveamox 18600 1 sa 2x

PPV 93DH00 LOT 18025 2
EXP 01/2024

PPV 93DH00 LOT 15017 2
EXP 06/2023

LEVAMOX
Poudre pour suspension buvable en sachet-dose
1g/125 mg 12 SACHETS

MYANTALGIC 20 comprimés pelliculés
PPV 30DH00 EXP 04/2023
LOT 14080 4

MYANTALGIC 20 comprimés p

PPV 30DH00
EXP 05/2023
LOT 14080 10

Di-INDO 50 mg 10 suppo

PPV 52DH00 EXP 01/2023
LOT 9N018 1

LOT 200814
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

14,60
PPV 14DH60
PER 05/25
LOT L1911

VITAMINE C 1g
Boîte de 10 comprimés effervescent
PPV: 14,80 DH
6 118000 190929

2. Myantalgie 6000 1x 2x

3. Di-Indo 50 10 suppo

4. 9830 1x 2x

5. 1460 1x 2x

6. 1480 1090 1x 2x

الخزولي
عبد الحفيظ
مولى التهامي
الحي الحسني
الدار البيضاء
290 97 66

مولى التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Idrissi (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani -

Tél.: 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgza@gmail.com