

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 1776 Société : 183693

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZOU.GGARI RADIA

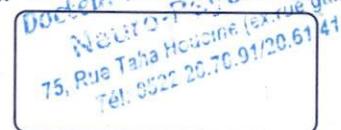
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.20.03.84 Total des frais engagés DIARI Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / 30/AOUT/2022

Nom et prénom du malade : ZOU.GGARI RADIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 361

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 : /

Signature de l'adhérent(e) :

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
30.08.2022	CD		322,-	Dacteur Abdellatif NEFRO-Psychiatre Bou Taha Hospital (ex rue galilée) 322 20.70.91/20.61.41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LA RONDE Leïla Menjra 100, Bd. Abdelmoumen Casablanca - Tél : 05 22 22 47 78	30/08/22	2492,50

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
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000	21433552 00000000		Coefficient des travaux
	00000000 35533411	00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

30 AOÛT 2022

الدار البيضاء، في

WU GLAM

R. M. E.

128.90 x 8

1) Panikkel 2

14

34.70 x 9

1/2 q 6 → 5, 1/4
repa- 6 → 5,

PHARMACIE LA ROTONDE
Leïla Menjra
100, Bd. Abdelmoumen
Casablanca - Tel : 05 28 98 47 76

98 30x (c)

~~1/24 - 1/26 AM 10:30~~

41,80 x 4

~~Two weeks old. Now
two weeks old. Now~~

249850

~~Docteur Abdeihalim OTARID
Neuro-Psychiatre~~

LOT 220754
EXP 06/2025
PPV 98.30DH

98,30

LOT 220754
EXP 06/2025
PPV 98.30DH

LOT 220754
EXP 06/2025
PPV 98.30DH

98,30

LOT 220754
EXP 06/2025
PPV 98.30DH

PPV:34DH70
PER:05/25
LOT:L1921

PPV:34DH70
PER:04/25
LOT:L1671

PPV:34DH70
PER:04/25
LOT:L1671

41,50

41,50

41,50

41,50

41,50

41,50

41,50

41,50

41,50

41,50

41,50

PPV:34DH70
PER:04/25
LOT:L1672

PPV:34DH70
PER:04/25
LOT:L1671

PPV:34DH70
PER:04/25
LOT:L1671

PPV:34DH70
PER:05/25
LOT:L1920