

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 radiologie 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.

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

M22- N° 000382

Maladie

Dentaire

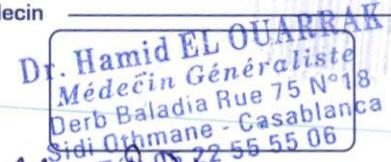
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6369 Société : RAN 135830
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : FILAHY Abdallah
Date de naissance : 18-08-1962
Adresse : BLOC 50 N 85 Sidi Othmane SSA
Tél. : 06.16.9.66.4.24 Total des frais engagés : 392,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamid EL OUARRAK
Médecin Généraliste
Derb Baladia Rue 75 N°18
Sidi Othmane - Casablanca
Tél. 05 22 55 55 06

Date de consultation : 9/11/2021 Age : 59

Nom et prénom du malade : FILAHY Abdallah 59 ans Age : 59

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Problème d'humeur Pathologie :

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.

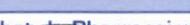
Fait à : CASA Le : 03/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : Abdallah

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
21/12/2021	G	200/00	Dr. Hamid Médecin Derb Baladie 24 Sidi Othmane Tél: 05 22 55 55 06	2021

ÉVOLUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/2003 S/2 02/01/22	124,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are numbered as follows: upper left (1-4), upper right (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16).

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lot : 22045
EXP : 08/2023
PPV (DH) : 28,10



antrosal®
Boîte de 40 comprimés
P.P.V : 15,30 DH
6 118000 190455

Sidi El OUARRAK
Centre Générale

Diabétologie
Echographie

de Grossesse



Casablanca le : 2 - 11 - 2022

BRONCHATHIOL®
Carbocisteine 5%

31,20

PPV 31 DH 20
PER 03 / 25
LOT L936

LOT: KA13143
PER: 08-2023
PPV: 52,80 DH

From: Abdellatif

15,30

-

gastro fil 15gr



31,20

-

zoreta ch fil 5gr

52,80

-

feram 5ml



28,10

-

10 gel en fl 7gr



127,40

رقة 75، رقم 18 درب البلديه، سيدى عثمان قرب صيدلية الأمان - الدار البيضاء

Rue 75, N° 18, Derb Baladia Sidi Othmane - à coté de pharmacie AL AMANE - Casablanca

Tél : 05 22 55 55 06 / GSM : 06 60 22 66 99 / EMAIL : elouarrak.doc@gmail.com