

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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

1875

139700

Déclaration de Maladie : N° P19-0004120

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

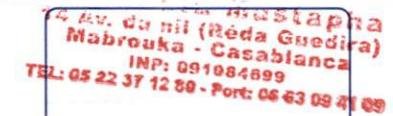
Nom & Prénom : OUAKHCHACHI SANAA Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : HAY ALWALAH TRB SEC 1 IN 1 AP 1212 2nd floor case

Tél. 06.67.67.61.460 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/10/2022

Nom et prénom du malade : OUAKHCHACHI SANAA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Diarrhée + Aff. OPHT

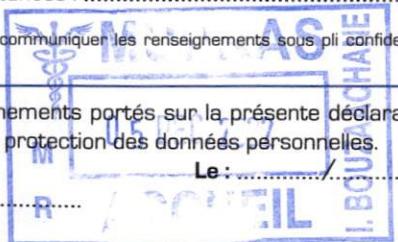
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI MOUSSA TELE: 0521 70 06 88	22/07/16	307,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha Khalil

14,Avenue du Nil
(Reda Guedira)-Mabrouka

Tél : { CAB. Fax : 0522 37 12 80
URGENCE : 0663 09 41 09

الدكتور مصطفى ذليل

14، شارع النيل
(رضا كديرة) - مبروكه

عيادة - فاكس : 0522 37 12 80
المحل : 0663 09 41 09

Casablanca, le 01-10-2022

U^{me} Ouakchachchi SANAA

43,30

- ADO 1gr N°2 blets
1cp matin et soir

AS

AS

48,6

- NO Spa fort 80mg
1cp x 3 fois pas jours

AS

47,8

- Profenid 100suppo
1suppo le soir

AS

(20x2) Fumadium 2mg N°2
1cp chaque diarrhee

AS

(50,0) 12 Gudo lollys 2FL 0,1%

goutte 3 goutte

30,7

Dr. KHALIL Mustapha
14 Avenue du Nil (Reda Guedira)
Atbachour, Casablanca
Télé: 0522 37 12 80 - port: 06 63 09 41 09
SIDI MOURINE
PHARMACIE SALLEH
TEL: 05 22 37 12 80 - port: 06 63 09 41 09

Dr. KHALIL Mustapha
14 Avenue du Nil (Reda Guedira)
Atbachour, Casablanca
Télé: 0522 37 12 80 - port: 06 63 09 41 09
SIDI MOURINE
PHARMACIE SALLEH
TEL: 05 22 37 12 80 - port: 06 63 09 41 09

Stephie

43,30

NO - SPA FORTE 80MG
CP 820
P.P.V : 45DH30
LOT : 22F302
PER..02 2025
6 118000 061816

41,30

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gel
P.P.V : 30DH50
LOT 20F316
PER..08 2025
6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gel
P.P.V : 30DH50
LOT : 21E002
PER..01 2026

INDOCOLLYRE 0.1% عبار
Collyre 5ml FAB/نارجع انتاج 03-2021
ZENITH PHARMA EXP/نارجع الانتهاء 08-2022
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

INDOCOLLYRE 0.1% عبار
Collyre 5ml FAB/نارجع انتاج 10-2021
ZENITH PHARMA EXP/نارجع الانتهاء 03-2023
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS