

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-621384

141027



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1512

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAKHOITRI Mohamed

Date de naissance :

1951

Adresse :

TARIK EL MEJIR Rue 12 lot 27 App

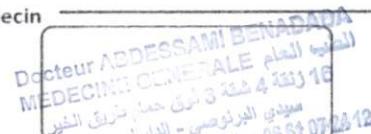
Boumousi - CASA.

Tél. : 0661422002 Total des frais engagés :

774,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/11/1992

Nom et prénom du malade :

LAKHOITRI Mohamed

Age: 1991

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Blouchali chg HTA DMID

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

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
17/01/22	ca2	a1	160F	INP : 09102022hu MEDESIMI BÉGELÉGEZ Signature : 09/01/2022 Mobile : 06 01 07 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ESSÉHA ROUTE DE BÉNINAN TÉLE: 05 34 21 05 05	27/11/2020	614,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

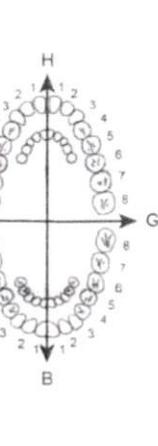
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODC.

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

EN ADADA

énérale

de du Sport



بن اعدادة

78,70

DUXOL

Boîte de 20 comprimés

500mg/2mg

لعلية من 20 قرطاف

37,00

Casablanca, le: 17/11/2022 يضمه في:

PPV: 88DH00
PER: 06-25
LOT: L 1759

LAKHOITAI Moham

3700 ~~Anasat~~ 100P

8800 ~~Saphirill~~ 180H 10

4110 ~~-Broukud~~ 5/80/10A 300

6890x3 ~~-PhileaxLP~~ 100P

7870 ~~-Biana~~ 60 20P - 012

2800 ~~Ghoulouj 1 - 1100~~

460 ~~-Kendje 100P~~

PPV: 88DH00
PER: 06-25
LOT: L 1759

LOT: 1163
PER: 05/24
PPV: 41,10DH

68,90

68,90

68,90

28,00

LOT : 4454
PER : 11/23
PPV : 46,60 DH

برنوصي للار البيضاء الهاتف: 06 61 07 24 12 - 05 22 73 96 06

16, Rue 4, Dessus Hammam Tarik Lkhair, S. E

Tél : 05 22 73 96 06 - 06 61 07 24 12

69410

30 قرصا ملبيسا

Casablanca