

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1280 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : ALIAS 70

Nom & Prénom : SAYEKH YOUSSEF APHA

Date de naissance : 03/08/1953

Adresse : TAASSIRAH KSAWIYA REP HOUJA ESQ N° 54

Code postal : 10100 Ville : DAKAR

Tél. : 067032743 Total des frais engagés : 100000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/22

Nom et prénom du malade : SAYEKH YOUSSEF APHA Age : 70 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : PTSA Le : 11/12/22

Signature de l'adhérent(e) : YOUSSEF APHA

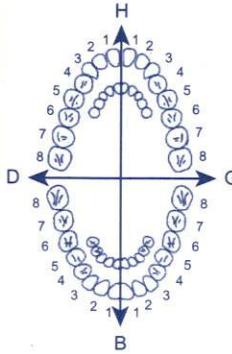
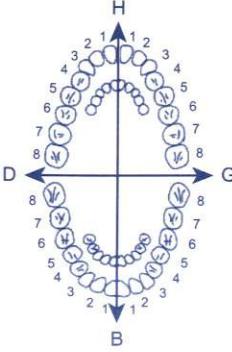
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/12/20	Cheikh Khalifa Consultation Cardiologie		300,-	Dr. YOUSSEF EL HABIBI Chirurgie Endovasculaire et VASC Universitaire Cheikh Khalifa

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION													
																				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS*	DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552																	
	D	00000000	00000000																	
	B	00000000	00000000																	
	G	35533411	11433553																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



ة طبية

Ordon

Casablanca, le :

11/12/22

LOT : ZZE005	KARDEGIC 75MG SACHETS B30	PER : 30DH70	LOT : ZZE003	KARDEGIC 75MG SACHETS B30	PER : 30DH70
PER : 30 2024	6 118000 061847	PER : 30 2023	6 118000 061847	PER : 30 2024	6 118000 061847
LOT : ZZE003	KARDEGIC 75MG SACHETS B30	PER : 30DH70	LOT : ZZE004	KARDEGIC 75MG SACHETS B30	PER : 30DH70
PER : 30 2023	6 118000 061847	PER : 30 2024	6 118000 061847	PER : 30 2024	6 118000 061847

Nb 8845 K14

MUSTAPAH

LOT : ZZE005	KARDEGIC 75MG SACHETS B30	PER : 30DH70	LOT : ZZE005	KARDEGIC 75MG SACHETS B30	PER : 30DH70
PER : 30 2024	6 118000 061847	PER : 30 2024	6 118000 061847	PER : 30 2024	6 118000 061847

30,70X6

✓ Kardegi 57,80X6

7mg/ ml Hobniss

57,80X6

✓ LD-NOR 10g/ ml Hobniss

10g/ ml Hobniss

531
Dr BENHADIA KARIM
Pharm. et Ass. Assalam
32 Op. 100 Assalam
Oulfa Casablanca
Tél : 05 22 33 22 31

LOT : 221191
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 221191
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 220581
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 220581
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 220581
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 221192
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH