

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

- 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

153977

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023805

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9909 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NASIB Noham Date de naissance : 01/01/58

Adresse : 27 Passage 06 Hay Tissint El Berrechid

Tél. : 06 60 88 73 18 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Chacha Debbagh Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

MUPRAS 20 MAR. 2023 **ACCUEIL** IBOUZAACHANE

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
20.2.23	C		1201	<i>ALAFAC</i> Cabinet Dentaire Généraliste Sous la direction de Dr. S. ALAFAC

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie ALAFAC</i> 135 Rue Ibn Abou Wat BERRECHID Tel: 05 22 33 64 01	20/2/23	436,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points				

Docteur JAHID Salah

Medecine Générale

Expert Assermenté

Près des tribunaux

Tissir ! Bd Hassan II N° 106

BERRECHID

GSM : 0664097159

الدكتور جاخط صالح

الطب العام

خبير محلف لدى المحاكم

حي التسier شارع الحسن الثاني الرقم 106

برشيد

المحمول : 0664097159

BERRECHID Le : 20.2.2023 برشيد في :

Chadha Chebbah

115,90

~~Flacon 1/2~~ 1/2

115

139,00 ~~I Neto 20~~ 2/1

115

8x24,50 ~~N des serv - 5~~ 2/1

115

38,20 ~~und 100 g~~ 1/2

115

136,90

8x47,45 ~~Flacon 1/2~~ 1/2

115

Dr. JAHID SALAH
Medecine Generale
Expert Prés des Tribunaux
Bd Hassan II Berrechid
106
Tel: 06 64 09 71 59



Pharmacie ALAFAT

133 Rue Hassan II Mar

- BERRECHID -

Tel: 05 22 33 64 01

Lot N° :

21038

Exp :

04/24

PPV :

115DH90

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Lot:

Y3867

Fab.:

09/2022

Exp.:

08/2025

LOT : M0852
PER : 09/2024
PPU : 139.00 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Y3867

09/2022

08/2025

LOT : 9066
UT. AV : 05 - 24
P.P.V : 29 DH 00

LOT : 5094
UT. AV : 12 - 24
P.P.V : 24 DH 50

auselium®
Dimepéridone

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 11/2024

LOT 15019

auselium