

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.

Λ 60085

Déclaration de Maladie : N° S19-0049584

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08064 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M.S.Sih Saitan Date de naissance : 18/11/1967

Adresse : Halatnella

Tél. : 06 588 6662 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/2023

Nom et prénom du malade : M.S.Sih Saitan Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Demange

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 : 拉萨尔.兰萨 Le : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
14/04/23	CS		300 DH	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES CACHET DU MÉDECIN ATTESTANT LE PAIEMENT DES ACTES DATE : 14/04/2023 N° DE RELEVE : 0522822233 N° DE CACHET : 0522822233

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Mme Alami 13 Rue Amzilis Tél. 0522 822 3458	14/04/2023	747,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

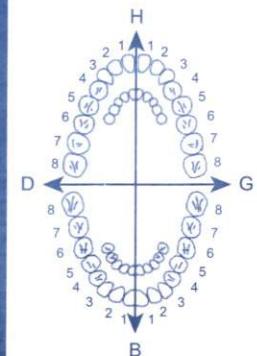
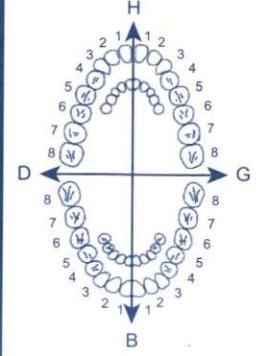
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
D	00000000	00000000		
G	00000000	00000000		
B				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				
DATE DE L'EXECUTION				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie - Vénéreologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوثر
اختصاصية في الأمراض
الجلدية والتناسلية الحساسية
وعلم التجميل والليزر

Casablanca, le : 14 AVR. 2023

Quel Noslih Saïda

→ pieds : —

1el
98,00

La uel SV Al castén
1 tri le He lg Saïg x
à diluer | eau tiède

321,00

2el

Le Céuf Vernis

1-amp | Semaine

3el

Herme de solvant

LOCERYL 5%
Vernis à ongles médicamenteux
Flacon de 2,5 ml
AMM N°07 DMP/21/NCN
PPV : 321,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070381

عبد المؤمن سنتر، زاوية أنوال - عبد المؤمن، شقة رقم 208، الطابق الثاني فوق إلسي وايكبي ، الهاتف : 0522 86 22 17 - 0522 86 22 20 / التلف : 0661 50 63 99 / الفاكس : 0661 50 63 73

452, Abdelmoumen Center, Angle Anoual - Abdelmoumen, Appt N° 208, 2ème étage au dessus de LC WAIKIKI

Tél.: 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73

E-mail : zouhair.kawtar@gmail.com البريد الإلكتروني :

Wf 1m Dermofix pour
84,20 ~~ISV~~ pas l'mais
clouing

84,20



115,20
~~ISV~~ My coster Cee
de sar enty g or te
x l'mais

199,00
+ 60
~~ISV~~ Pegmed 250
1 x 28



747,40 n cpli x l'mais

Professeur TOUHAR Kattar
Permit de vente n° 1359
Tél : 0522822201 / 0661306399
Fax : 0522863733
A.S. Anfa 2008
Professeur TOUHAR Kattar

PHARMACEUTAL AMANA
Mme Alami Sounni Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Annaris Beausejour
Casablanca Tel : 05 22 39 09 70