

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M22- 0043437

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5127 (5127) Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAH.RACH Naima

Date de naissance : 13/08/1952

Adresse :

Tél. : 06.61.46.51.10 Total des frais engagés :

664,30 + Dhs

78,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الشوكلي
دكتور سعيد الشوكلي

Date de consultation : 08 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : LAH.RACH NAIMA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) : RLW



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	
08 JUIN 2023	C		200 X 1	IPNE : 091069666	
12 JUIN 2023	C		/	11-06-2023	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture			
Dr NABIL MAALI - CASABLANCA PHARMACIE DE LA MUSIQUE	8.6.23	464.30			
	20.06.23		48.00		
ANALYSES - RADIOPHARIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
Dr NABIL MAALI - CASABLANCA 16, RUE TAISSER, 20000 CASABLANCA					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

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.																					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>																		
DEBUT D'EXECUTION			<input type="text"/>																		
FIN D'EXECUTION			<input type="text"/>																		
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000			35533411			11433553	
	H	25533412	21433552																		
	D	00000000	00000000																		
	<hr/>																				
	B	00000000	00000000																		
			35533411																		
			11433553																		
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>																	
	MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS			<input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION			<input type="text"/>																		
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 12 JUIN 2023 الدار البيضاء، في :

Dr LAKRACH Nabil

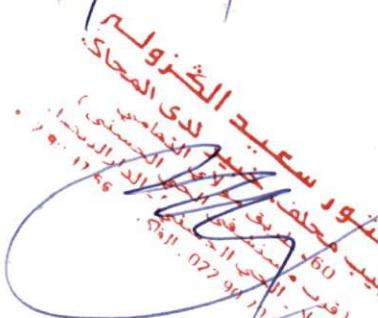
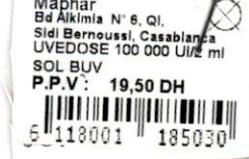
Une dose 100 000

19,50 x 4

laeg/157

x 4

T. 78,00



PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tel : 05.27.98.42.73

Maphar
Bd Alkimson N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
6 118001 185030



60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : drgza@gmail.com

