

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1776 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUVGAGARI RAADIA

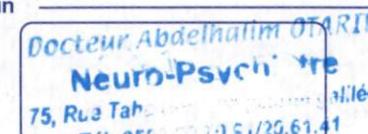
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661200384 Total des frais engagés : 165275 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 JUN 2023

Nom et prénom du malade : ZOUVGAGARI RAADIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Depression

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 :

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
13 JUIN 2013	Sym		400 /	Docteur Abdellatif Neur-PST 75, Rue Tahar Tél: 05 20.61.41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA ROTONDE I. El Menjra 100, Bd. Abdeimoumen 032036382	13/06/13	1051,70

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 canalaire, 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 left and 'G' points right. A vertical arrow labeled 'B' points down and 'H' points up				

Docteur Abdelhalim OTARID
NEURO-PSYCHIATRE
Expert diplômé de
L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطارد
أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية
خبير خريج
جامعة روبي ديكارت (باريس)

Casablanca, le 13 JUIN 2023 الدار البيضاء، في

Zouggari Rachid

128,90x4

(15)

17 Panikel 20 —

3470x5 1/2 q 6 —

14 l br

27 Zepoum 6 —

(15)

38,80x2 1/2 q — t ch anti, 14 l br

37 Aphyum 13 —

(15)

4150x4

(15)

47 Amour 2 —

24 l m

Thalouira 100,1 g

14 au Rechir
pdt 2 cuv

105,170

ORION
100,1
sabon

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro-Psychiatre

75, Rue TAHA Housine (Ex. Galilée) Casablanca

Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - Fax : 0522 27.41.49

41,50

41,50

41,50

128,90

128,90

128,90

41,50

PPV:34DH70
PER:04/26
LOT:M1239

PPV:34DH70
PER:04/26
LOT:M1239

PPV:34DH70
PER:01/26
LOT:M198

PPV:34DH70
PER:01/26
LOT:M198

PPV:34DH70
PER:04/26
LOT:M1238

LOT 230359
EXP 02/2026
PPV 98.30DH

LOT 230359
EXP 02/2026
PPV 98.30DH