

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-807117

A 68628

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8015

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

El Astawi - Johanna

Date de naissance :

28/05/1986

Adresse :

Les. wiss. wafa bni

Tél. :

441115

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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) :

12 JUIL. 2023

ACCUEIL 12/07/2023



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
22-6-83 C.			150	INP : 091086301
				Bouchalb

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet de Pharmacie	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OULFA Dr. SVISTAKOVA YASMINNE 155, Bd Oued Tannit Oulfa Casablanca Tél. n° 22 11 22 02	22-06-23	394,70
INPE : 092025964		

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B															
		G	35533411	11433553													
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Docteur KHABER Bouchaïb

Ex. Interne des Hôpitaux de France
 Médecine Générale
Echographie
D.I.U de Diabétologie et Nutrition
de Montpellier

Ex. Méd. Chef de la Polyclinique
Hay Mly. Rachid
Médecin Expert auprès des Tribunaux
Médecin agréé pour la Delivrance des Certificats
d'aptitude pour le permis de conduire

Tél. : 05 22 81 30 78
GSM : 06 61 14 50 50

الدكتور خابر بوشهري

داخلي سابق بمستشفيات فرنسا

الطب العام

الفحص بالصدى

دبلوم داء السكري والتغذية من مونبليي
رئيس سابق بمستشفى (ص.و.ض.ج.)

مولای رشید

دكتور خبير محلف لدى المحاكم

طبيب معتمد لمنح شواهد رخص السيارة

الهاتف : 0522813078

المحمول : 06 61 14 50 50

الدار البيضاء، في 23 6 22 Casablanca, le

El Alamein Station
59.50 E never miss (A's)
-
: West 32°
112.00 - Ganty air 1 to my
1st st. A's

~~163,70~~ ~~PHARMACIE EL OULFA
PHARMAKOVÁ YASMINE
N°54, Bd. Oued Tansit Oulfa Casablanca
TÉL: 0522 8132 92~~ ~~18 S.~~

~~394,70~~ ~~PHARMACIE EL OULFA
PHARMAKOVÁ YASMINE
N°54, Bd. Oued Tansit Oulfa Casablanca
TÉL: 0522 8132 92~~ ~~KHABER Couchalb
Médecine Cédérale
Sidi Madrouf 1 Rue 80 N° 154
CASABLANCA Tel : 81 30 78~~ ~~S.P.~~

سidi معروف (1) زنقة 89 الرقم 154 - الدار البيضاء

Sidi Maârouf (1) Rue 89 N° 154 - CASABLANCA

~~LOT 121720/FC42~~
~~PER 02/2026~~
~~PPC 59,50~~

~~LOT 121714/FC41~~
~~PER 02/2026~~
~~PPC 59,50~~



SOCIA

Amoxicilline / Acide clavulanique : 8/1

LOT 230341
EXP 01 25
PPV 163.70 DH

LOT : 446
EXP : 08/24
PPV : 112DH00