

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

287

Société :

170438

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KISSI RA BI AA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13/7/2023

Nom et prénom du malade :

1X1881 Rabia

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

OSARÈNE - MCR

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 : CESSA Le : 13/7/2023

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
13/7/23 C2			300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguise	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie M.S.I. Mme Samira M.S.I. 283, Bd Sidi Abderrahmane Hay Salam - C.I.L. - Casablanca Tél: 052294 6530 - 0522 94 29 49 INPE: 092042654	13/7/23	1683,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

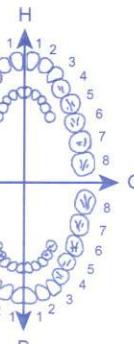
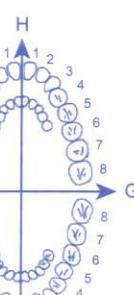
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Spécialiste
Endocrinologie • diabétologie
Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité

Casablanca, le 13/07/23

N. MESSI Robin.

390,00 x 3

130

→ Galvus 50.

1 -

2 - D V 50PMD

22051 0125	LOT	PER	22337-0725	LOT	PER
Prix 109,00			Prix 109,00		

109,00 WMS

→ Juratoxus AB

130

DABapt 6P

130 24

LOT : 0044
Prix : 109,00 DH

89,00 Wmamg Advance

56,30 x 3

130 24

38,00

DAB / Seman

CO-TRIM FORT
PPV 38DH00

COTUM Fort

130 24

Taule + de 3

130 24

1683,90

Dr. ARBAOUI FATHA
ENDOCRINOLOGIE NUTRITION
DIABETOLOGIE
Jawhara, 150 Route de l'Oasis
l'Oasis - Casablanca
0663 43 95 48

إقامة جوهرة، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048



6118001031030

Galvus® 50 mg ○
Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg ○
Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg ○
Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

PPV: 56,30 DH
LOT: 22J17D
EXP: 10/2024PPV: 56,30 DH
LOT: 22J17D
EXP: 10/2024PPV: 56,30 DH
LOT: 22J17D
EXP: 10/2024