

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.

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

M22- 0023875

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

18/1935

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7671 Société : 12.9.11

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SMAALI LAHcen

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : LOTISSEMENT ALWAHDIA IMM. F4. APP. 4C

Tél. : 0662051170 Total des frais engagés : 588,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : SMAALI Lahcen Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertension Cologathia

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 : Bielle (en) Le : 09/11/2023

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
01/11/13	CA	1	150,00	DR MELVIN KARLSON MD

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. T. BEL MOKHTAR H.M. HEDOUN PHARMACIE AL MASRI 207521	28/11/2010	132.-Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular DNA molecule with 16 numbered segments arranged in a clockwise direction. Segments are numbered from 1 to 8 on the top half and 8 to 1 on the bottom half. Arrows indicate the direction of replication or synthesis for each segment: segments 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 have arrows pointing clockwise; segments 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, and 1 have arrows pointing counter-clockwise. The molecule is centered around a coordinate system with axes labeled D (left), G (right), H (top), and B (bottom).

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. JADDAOUI Med Amine

Diplômé de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca
Ex Médecin interne au CHU Ibn Rochd
Ex Médecin généraliste dans le groupe OCP



الدكتور جداراوي محمد أمين

خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي ابن رشد

طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

Berrechid, le :

04/11/23

برشيد، في :

SNAALI Laken

1) ~~102.00 Aulcer 20 gel~~
1-0-1 dat 145

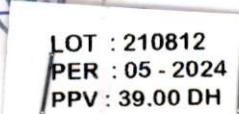
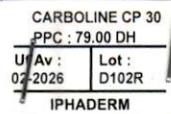
2) ~~25.00 Carboline 3% gel~~
1-0-1

3) ~~05.00 Relaxium 3% gel~~
0-0-1

4) ~~30.00 Empлатre Americain SP~~

5) ~~35.00 Neffal 16mg g~~
0-1-0 dat mg

6) ~~25.00 Otilys de otolaryng
goutier x 2g~~



88, Rue Elmadina - Berrechid برشيد زنقة المدينة

Tél: 05 22 32 44 88 - Gsm: 06 75 37 93 62