

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 : 3191

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AS NANI

ADINA

Date de naissance : 11/10/1966

Adresse : 13 rue des Flamands N° 9 RIVIERA

CASA

Tél. : 06 65 16 90 95

Total des frais engagés : 300.480.5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/09/2023

Nom et prénom du malade : ADNANI A. N. A. Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection

Pathologie :

ALD ALC

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 : CASA

Le : 3/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Adina

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
25/09/2023	5 + 10	300	Pr. MED. HAMDANI DENTISTE 24, Rue Imade Al Massi-Djouzguine Tél.: 0522 27 67 46/51 (L.G) Casablanca INPE: 091071886	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA BRISE PARAPHARMACIE Azil. Maafif ext. Casablanca 0522 27 67 46/51 (L.G) INPE: 091071886	25-09-2023	205,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaires, 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 a dental arch with numbered teeth from 1 to				

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - ~~Enfants~~ Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

ADNANT
Amiwa

الدار البيضاء في: ٢٠٢٣/٩/٢٣

94, -

SiccaReid. (on Zero Tree
on Xai Cu HT)

24,000 (2)

Say 6 wj

Leoni C

~~angle x 2/1~~

63 ω

Senior physiotherapist have declared **19**

١١- مارثة الهمام علوسي الطاقي الثالث (أمام مصحة بدر) بورئون ، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 66 77 - الفاكس : 05 22 27 67 46 / 51

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca.

Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 26 66 77 Alious (G)

05 22 26 66 77 Aliousi
11, Rue Imam Ali Ben Al-Hussein 10051 (L.G)

24, Rue Italiens
Tél: 0522 22 81 41/51 11
blanca

... Casablanca
REF: 081071886



INRÉ : 081071886

Laboratório Edol

ronic®

1mg/ml falcon de 5 ml.

PPV:

24,00 DHS



* 6 1 1 8 0 0 0 1 2 0 4 5 2 *

Laboratório Edol

ronic®

1mg/ml falcon de 5 ml.

PPV:

24,00 DHS



* 6 1 1 8 0 0 0 1 2 0 4 5 2 *

OPHTALMED
PPC
94.00 DHS

0,2% w/v Natriumperborat, in wässriger
gepuffertener Trägerlösung, Inhalt 20 Tage
Gültig nach Verstellen des
Für Kontaktlinsenverarbeiter