

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 : 0964 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN SOLTANA miloud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661832803

Total des frais engagés : 660,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/11/2023

Nom et prénom du malade : BEN SOLTANA miloud Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA Le : 26/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
23/11/83	ez		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

PHARMACIE
Mme AL KHAFIF
Imm 52 Hay Moubarak
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tel : 03 22 73 94 44

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 :

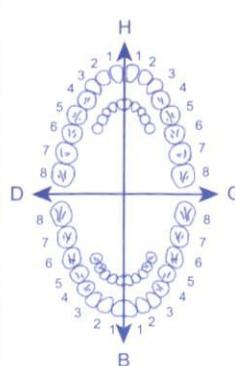
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M. KHALID BENJELLOUN**الدكتور. خالد بنجلون**

Médecine Générale

الطب العام

DIPLOME REPARATION JURIDIQUE DU
DOMMAGE CORPOREL ET DE
MÉDECINE LÉGALE

دبلوم التعریض القانوني والطب الشرعي

DIPLOME EN MÉDECINE DU TRAVAIL
EXPERT ASSERMENTÉ PRÈS LES TRIBUNAUX
DIPLOME EN ECHOGRAPHIE

طب الشغل

خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

23/11/2023

MR PENSOLTANA MILOUBA3990

- Exomuc - granulés en sachet

1 sachet, matin, soir

57,60 x 2

- Solumedrol 120mg / 2ml - injectable

210,00

- Romulast 10 mg - Gélule

1 Gélule, soir. PENDANT UN MOIS

145,00

- Tavanic 500mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé, midi PDT 5J

510,00

PHARMACIE YAFA
 Mme AL KHAFIF AMAL
 Imn 52 Hay Moubaraka
 Sidi Bernoussi - Casablanca
 Tél : 05 22 73 94 44



LOT 23010
PER [REDACTED] 25
PPV 39DH90

