

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

- Reclamation : 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.

M22- 0059410

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

188062

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03272 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAHLALI AZZEDDINE

Date de naissance : 19 - 05 - 1952

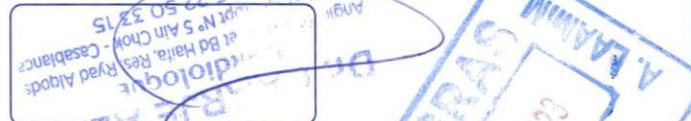
Adresse : 12, RUE MOUAFAK EDINE ART 10

RESIDENCE AL KARAM CASABLANCA ANFA

Tél. : 0623086397 Total des frais engagés : 738,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/12/2018

Nom et prénom du malade : LAHLALI AZZEDDINE Age : 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : C.N.S. & M.Y.A

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 : 21/12/2018

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
21/12/23	CS + ECG		300,00 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Bachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/23	438.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[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

- ♥ Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
- ♥ Diplômée en échographie cardiaque et vasculaire de l'université de Bordeaux
- ♥ Ancien interne du CHU Ibn Rochd Casablanca
- ♥ Ancien interne du CHU de Limoges France
- ♥ Praticien hospitalier de l'hôpital universitaire Cheikh Khalifa Bin Zayed Casablanca

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
دبلوم في الفحص بالصدى للقلب والشرايين
بجامعة بوردو

دبلوم سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم سابقاً بالمستشفى الجامعي ليوج بفرنسا

أخصائية بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة بن زايد
بالدار البيضاء

Ordonnance

Fait le : 21/12/2013

Nom et Prénom: Iakkali Aya ddine

- 1) RPS
- 2) Kondigac 160 mg
35.40
2x/jr midi
- 3) Torva 90
106.70
2x/jr matin
- 4) Nifedip 5 mg
53.00
2x/jr matin
- 5) Cosyrel 5 mg
98.10
2x/jr matin
- 6) Cosyrel 5 mg
2/24 jrs



6) Zogas 20
- 2 spjöt - 2011-05-05

438.00



LOT 221633
EXP 08/2024
PPV 144.50DH