

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 12.68 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL-Korchen ABDELHAK / Ag. 090980

Date de naissance : 09/06/53

Adresse : 40, Rue d'Aix oasis Bassa

Tél. : 0662369306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur. Abdelmjid SAFSAFY
Médecine Générale
H H Oulta Rand Point Farah Essalam Rés. Al Hamd
Immeuble 4ème Etage N°15 - Casablanca
Téléphone 0665 43 59 76 Médecin: 0660 74 80 8
Email: abdelmjid.safsay@gmail.com

Date de consultation : 04/12/2012

Nom et prénom du malade : REZGANI N. M. A. Age : 01/05/60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DEMI maladie principale + maladie secondaire

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 : Le : 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
24/12/2013		C	250,00	 Dr Abdellatif Ben Yakkou Casablanca Médical Doctor Casablanca Médical Doctor

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/2023	108,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

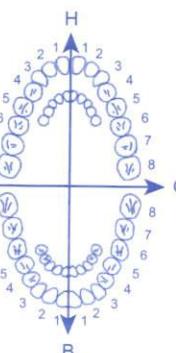
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
	<input type="text"/>														
	<input type="text"/>														
	<input type="text"/>														
	<input type="text"/>														
	<input type="text"/>														
	<input type="text"/>														
	<input type="text"/>														
	<input type="text"/>														
	<input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Le 04/12/2023

J = Bergamotte

470.00 Douches 5x

14.00 Sels 3x

② Bain minceur 15

22.00 Zyg

③ Cénothe 15

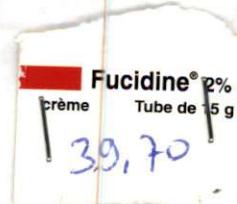
14.90 Zyg

④ Difal 15

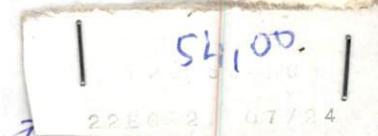
39.70 Zyg

⑤ Fucinine

108.90



PHARMACIE NAPOLEON
Rue d'Oradour Elanen N°1
Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 25 08 84



Docteur Abdelmjid SAFAFY
Médecine Générale
K.H Outta Rond Point Farah Essalih Rés. Al Hamd
Immeuble 4ème Etage N°15 - Casablanca
Téléphone: 0665 43 59 76 Médecin: 0660 74 60 53
Email: safafyabdelmjid@gmail.com

LOT: 230140
DLUO: 01/2026
49,00DH



22,00