

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.



Déclaration de Maladie

M23-U021965

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9165 Société : R.A.H. 199727

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : DARKAOUI Sidi El Hacely

Date de naissance : 20/04/66

Adresse : Haj Path - 5 - N° 29 Casab.

Tél. 0207773098

Total des frais engagés : 915 664 Dhs
Tél. 05222523254 - 2226-525

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR LATIF IDRISI
TRAUMATO ORTHOPÉDISTE
15 BOULEVARD MASSNAIA KASAB

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ne Gencle

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
27/01/24			3040	<i>DR M. LALAT</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/01/24	95.00
	27/01/24	192010321 6.170

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

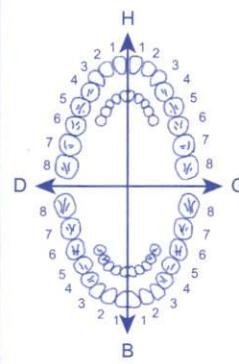
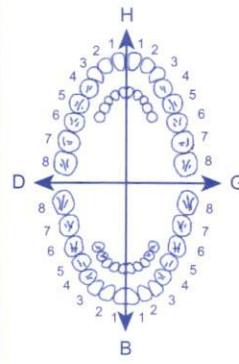
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بنات

رئيس قسم وجراح مستشفيات بنات

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

C - IDRISI

Orthopédiste



tité de Médecine de Nantes France
nique & Assistant au CIIU de Nantes
ospitalier des Hôpitaux de Nantes
ologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
té Française de Chirurgie
lique

VO02 - 01/21
ETEXMAC030CP

3760162 579741

000
000
000
000
000
000
000
000
000
000
000
000

Date de fabrication :
A consommer de préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

Casablanca, le :

27-1-2024

r. (Mme) :

① Zelypax

2 2 2 2

95,00

② Extra soft



11 2 50

x ③ GARNER 25

11 2 60

x ④ Sir Naledi

11 2 70
75, Boulevard Massira Al Khadra
TRAMATO ORTHOPEDICS
Dr. LATIF IDRISI

⑤ Sinex

11 2 80
X X 30

Pharmacie Anissa

Mahmoud FARKHOJAT

Docteur en Pharmacie



صيدلية أنيسة

محمود فرخوجات

صيدلي

Document : Bon de livraison
 Bon d'échange
 Bon de retour

N° 01219

le : 21/02/24

Client :

Mme DARKHOUI SMITH

Adresse :

Tél :

Fax :

Livreur :

Qté	Désignation	P. P. M	P. Total
1	Doligriffe	20,00	20,00
1	Profenid supp	41,70	41,70
	Total		61,70

Cette facture est corrigée à la somme de Soixante Huit et centimes

PHARMACIE ANISSA
Tél: 02 27 89 34 94
312 Lot Zoubir Casablanca

Avance :

Mode de règlement :

Garantie :

Autres :

41, 30

PPV:20DH00
PER:02/25
LOT:L762