

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Le la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

202246

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2759

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H. L. I. M. Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665805656 Total des frais engagés : 3402,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mohamed JELI,
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Rabat,
24, Rue de Bagdad - CASA
Tél. 0522 48 27 80

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/03/2024

Nom et prénom du malade : H. L. I. M. Fatima Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

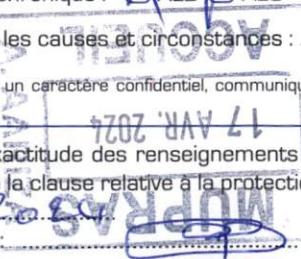
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 17/04/2024 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
11/03/24	S	1	 Dr. Mohamed JELLAL Assistant C.H.U. S. 24, Rue de Bagdad 13007 Paris Tel. 0522 48 27 00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hmet	11/02/24	2222,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

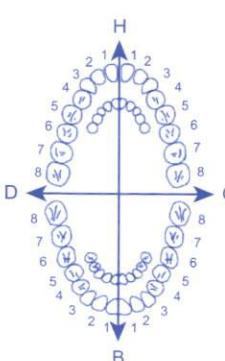
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

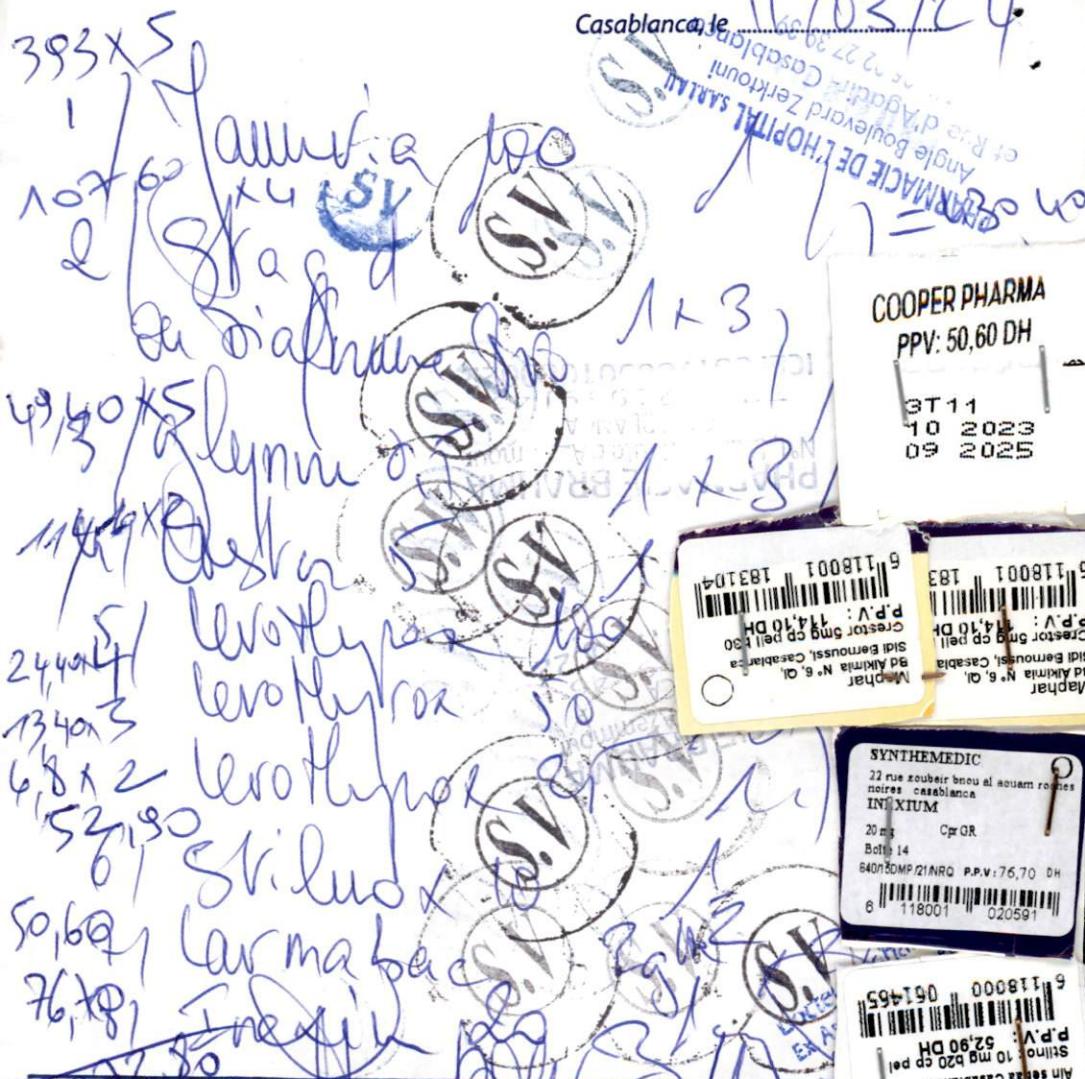
Diaète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويس بباريس
أمراض السكري - السمنة - الكوليسترول
الغدة الدرقية

الهاتف : 0522 48 27 88



ب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطاقي السفلي - الدار البيضاء

Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâfi - Casablanca



**Ne pas utiliser ch
sauf en l'absence
thérapeutique**

PPV: 393.00 DH

A red-bordered triangle containing a black silhouette of a pregnant woman carrying a large object on her back.

**Ne pas utiliser
sauf en l'absence
thérapeutique**

BBV: 393.00

A triangular warning sign with a red border. Inside the triangle is a black silhouette of a pregnant woman carrying two large, rectangular objects on her shoulders.

**Ne pas utiliser
sauf en l'absen-
ce thérapeutique**

therapie

**Ne pas utiliser ch
sauf en l'absence
thérapeutique**

PPV: 393.00 DH.

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique**

**JANUVIA® + GROSSESSE
= DANGER**

LOT 240565
EXP 01 2027
PPV 107 • 60

LOT 240565
EXP 01 2027
PPV 107 • 60

LOT 240565
EXP 01 2027
PPV 107 • 60

LOT 240565
EXP 01 2027
PPV 107 • 60



49,40

ج.م
ريباكتيلينج
روزه



49,40

ج.م
ريباكتيلينج
روزه



49,40

ج.م
ريباكتيلينج
روزه



49,40

ج.م
ريباكتيلينج
روزه

49,40

ج.م
ريباكتيلينج
روزه

