

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0017984

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 00782 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAITA Mohammed Date de naissance :

Adresse : Rue 30 F-24 HAY ADIL Casablanca

Tél. : 0667.04.80.50 Total des frais engagés : 130,00 + 353,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/1/19

Nom et prénom du malade : HAITA Chouib Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Habib

09 SEP. 2019
Le :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/01/2015 | Consultation | 1 | 13000 |   |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 29/07/99 | 353,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

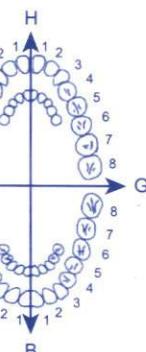
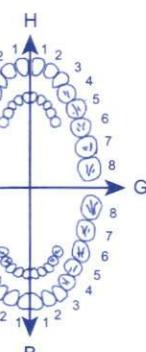
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

| 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 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 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 |

DOCTEUR LATIFA RACHIDI DERRIJ

Déplomée en Echographie de la
Faculté de Montpellier, France

MEDECIN ASSERMENTE PRES DES TRIBUNAUX
MEDECINE GENERALE

10, Bd GRANDE CEINTURE
HAY MOHAMMEDI
CASABLANCA - TEL. : 05 22 60 11 49
AUT N° 4393

الدكتورة لطيفة الرشيدية الدريج

مجازة في الفحص بلصدى
جامعة مونبولي بفرنسا

طبيبة محلفة خبيرة لدى المحاكم
طبيبة رئيسية سابقا

الطب العام

10، محى الحزام الكبير - الحي المحمدى
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 60 11 49

Casablanca, le :

19/08/08

168,20 al Hay Mohammedi
Au quartier de Sidi
67,00 t slet k El Jadida
f uillral alle 2 al Slet
16,40 2 slet
Al Daliqraelle al Slet
1,50 al Slet k D

PPV : 168,20 DH
LOT : 611233
PER : 10/20

AUGMENTATION 10 sachets
16 sachets



6 118000 160182

90 g

3 760049 895186
Biofar 12 vitamines 12 minéraux bte
PPC : 76,00

Ut Av : 05/22 Lot : 9091/2
IPHADERM

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

28,10

VOGALÈNE® 0,1% O
SOLUTION BUVABLE 150ML



6 118000 081050

PPV : 140 DH 40
PER : 08/20
LOT : H1795

14,40

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
10 SUPPOSITOIRES



6 118000 040313

Lot / مجموعة : Fab / صنع : EXP. / صالح لغاية :

3287

01/19

01/22

BIOCODEX MAROC PPV

38.10 DH



6 1180001 310036

Ultraleveure 250 mg

10 sachets