

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.

Pathologie 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

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.

N° P19- 047110

Optique *ND: 92414* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3100* Société : *L'Amis*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *BATASSA* *L'AYACCI*

Date de naissance :

Adresse : *BLOC 8 N° 16 HAY L*

Tél. : *06 63 43 66, 40* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : *14 MAI 2020*

Nom et prénom du malade : *BATASSA Layachi* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *AVC* *depres*

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) : *Layachi*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047110

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *3100*

Nom de l'adhérent(e) : *L'AYACCI*

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 MAI 2020	C	1	150,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMA MARCHE CRIO SARL AL N°10 B 00-08 Laâla Mériam Casablanca Tél / FAX: 05 22 56 44 17</p>	14/05/2020	2205,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

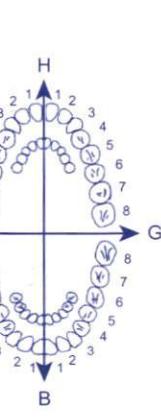
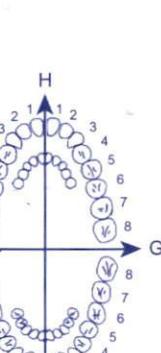
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" 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;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SANDAOUI Mostafa

Medecine Générale

Ancien Médecin à l'Hôpital AL Hassani

Nador

356, Av. Chouhada (en Face Cinéma Saâda

Hay Mohammadi - Casablanca

Tél : 05 22 60 20 20

الدكتور سنداوي مصطفى

الطب العام

طبيب عيادة بمستشفى الحسني

الناظور

356, محج الشهداء (مقابل سينما السعادة)

الحي المحمدى - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 60 20 20

14 MAI 2020

BATA SIA Layachi

113,50 x 4

1) Cronodine 120

10,900 x 4

mg x 4 + 4 min



2) Ratiophyl win po - mg x 4 + 4 min

34,60 x 6

mg x 4 + 4 min



3) Lantix

99,00 x 4

mg x 2 + 3 D



56,110 x 10

mg x 2 + 3 min



4) Nootropyl sp n°10

23,00

mg x 2 + 3 min



5) Tenuetard 1 cp x 6

mg x 6



2180
Aupic
18/06/2023
ASPECIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 060468

= 2204,40

ASPECIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ASPECIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

Lasilix 40mg
20 Cp sec
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

TEMESTA 1MG
CP SEC B50
P.P.V : 23DH00
6 118000 011569

LOT : 200130
UT AV : 01/2023
PPV : 99,00DH
LOT N° :

LOT : 200130
UT AV : 01/2023
PPV : 99,00DH
LOT N° :

LOT : 191124
UT AV : 07/2022
PPV:99,00DH
LOT N° :

LOT : 200132
UT AV : 01/2023
PPV : 99,00DH
LOT N° :

LOT:19118
PER:02-2022
PPU:113,50 DH

LOT:19190
PER:08/2022
PPU:113,50 DH

LOT:19190
PER:08/2022
PPU:113,50 DH

ASPECIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ASPECIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ASPECIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

DINE
LOT:19118
PER:02-2022
PPU:113,50 DH

108,00

108,00

108,00

108,00

56/10

56,70

56,70

56, 10

56,70

56, 70

56,70

56,70

56.79