

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

MR 30696

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009075

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M'BIRKOU Med Naji Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 Cours de Sport 20200 CASABLANCA

Tél. : 0662512154 Total des frais engagés : 672,102AS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2020

Nom et prénom du malade : LAHOUN Najat efs. M'BIRKOU Age : 74

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : 29 JUN. 2020

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
4/3/2022		(2) 750	15	198,80. <i>Sp Clinique Orthopédique</i>

Montant c
SOCIETE D'ÉMISSION DES BONS DE LA CASSA PLATA
CINQUANTE MILLE BEAUSEIGNEURS
1981-82. Génér. Général

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHAOUI SAMIRA El khouana Beauséjour 05 22 39 89 73	04/03/2020	372,10

MÉKOURI Montant c
SOCIÉTÉ D'ÉMISSION DES BONNES DE CAISSE
Montant c

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

100%
100%
100%

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

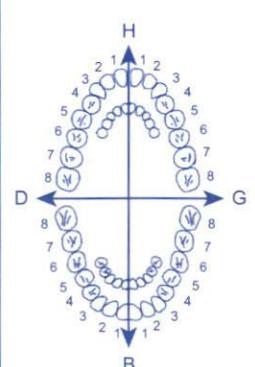
Important :

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

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

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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux																						
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B				Montants des soins
		H	25533412	21433552																							
			00000000	00000000																							
		D		G																							
		00000000		00000000																							
35533411		11433553																									
B																											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																								
			Date de l'exécution																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA

SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

η. C A H I L -

N A G A T T E

ε P A B I N K -

γ 1 3 1 2 0 2 -
→

49,60 x 4

γ D - c u r e - F t

u n c u p x 2 1 m i l 6 -

18

γ R e d i d i y a
84,70

2 E n γ 8 6

18

2 c y 1 7 2

89,00

γ C a l c i u m V i l

Doctor F. MEKOUAR
Spécialiste en ORL
Clinique ORL Beauséjour
198, Bd. Ghandi - Casablanca

T = 372,70

2 c y x 2 1 7 1 0 .

صيدلانية الكاف
Pharmacie du CAF
Mme CHAOUI SAMIRA
1 Rue Al Bourhouane Beauséjour
Casablanca - Tel 05 22 39 89 73

PPV: 49,60 DH
LOT: 19L02/B
EXP: 12/2022

L'ASSOCIATION
mélisse es
fatigué
LOT 19311/F010
11/2022 PPC 84,70
par STR.
ZI Les Landes
85 600 - Saint H

