

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

N° W19-537020

(33061)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0406

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HILAL M'HAMED

Date de naissance :

01-01-1934

Adresse :

Cté Mabrouka, Rue 97 N 108 CASA

Tél. : 0697678607

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Jalal HASSOUN
Chirurgie orthopédique et Traumatologie
42 Rue des Hôpitaux - Quartier des hôpitaux
Casablanca

Date de consultation :

09/03/1992

Age :

15

Nom et prénom du malade :

Hilal M'hamed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Septic Arthritis RH.

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

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
08/05/2020	250		50	INP : <input type="text"/> Fr. Jalay Orthopédiste et Chirurgie orthopédique et traumatologique - Hôpital Saint-Louis - Casier de l'Ordre des Médecins de Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
PHARMACIE MOLAY	Date	Montant de la Facture
ou du Fournisseur	08/05/20	1148,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

VIOLET ADHERENT

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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table 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 colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			H	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H	25533412	21433552																							
D	00000000	00000000																							
<hr/>																									
B	00000000	00000000																							
<hr/>																									
H	35533411	11433553																							
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []																					
				DATE DU DEVIS []																					
				DATE DE L'EXECUTION []																					



نوفيكس

إنوكسابارين صوديك

LOT 200268 2

EXP 01 2022

PPV 347.00 DH

نوفيكس

إنوكسابارين صوديك

LOT 200267

EXP 01 2022

PPV 347.00 DH

Casablanca le :

08/05/2020

PR

Hibel Dhamel

11 Celebrex 1g

10,60

x2 Dsp x 3ij x

150,00

11 Celebrex gel 150

149,50

11gel x 2ij x 15

3ij

Spectrum 500

49,80

11sp x 2ij x 15

x2

Flagyl 500

342,00

11sp x 3ij x 15

x25

Narox 50mg

11sp x 2ij x 15

10,60

10,60

CELEBREX 200 MG

Boite de 20 gélules

1277827

Date Fab: 07 / 2018 Date Exp: 06 / 2022

PPV : 150,00 DH

LOT 200159

EXP 01/2023

PPV 149.50 DH

FLAGYL 500 mg

CP PEL B20

PER.: 09/2009 P.P.V : 49DH80

FLAGYL 500 mg

CP PEL B20

PER.: 07/2024 P.P.V : 49DH80

6 118000 060062

090004029

6 - Osmosine S

~~34,00~~

~~100g x 3 fl~~

Pour Pansements:



1 flacon de serum Sole

1 flacon de Bébadiine algérienne

05 paire de gants stériles

04 boîtes de compresses stériles

02 n de bésadine tulle.

1148,32

