

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ééducation :

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.

Le remboursement ne sera pas effectué pour les traitements canalaires.

inteur et renouvelée tous les 6

40189

Déclaration de Maladie : N° P19-0020841

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1183 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HABACHI HED Date de naissance : 01-01-1968

Adresse :

100 Rue Ibrahim NAKHAI, quartier extérieur, Casablanca

Tél. 0661133679

Total des frais engagés : 163530 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. L. D. Age :

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 : 26/08/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA BRISE Rue Abou Abbes Al Azfi Maroc - Casablanca 07/10/2022	03/08/2022	1635,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

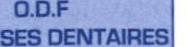
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des travaux																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">H</th> <th style="text-align: center;">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">D</th> <th style="text-align: center;">B</th> <th style="text-align: center;">B</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		G	25533412	00000000	21433552			00000000	D	B	B	00000000	35533411	00000000			11433553	<p>MONTANTS DES TRAVAUX</p>
H		G																		
25533412	00000000	21433552																		
		00000000																		
D	B	B																		
00000000	35533411	00000000																		
		11433553																		

[Création]

Fonctionnalités

valable 3 mois

Le 19./04./2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr LAABI

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HABACUTI Nouroumed

Présente

me HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A vie.

maladie br

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Ex Roxy 160/5/25 1/1; Fluclor 1/1; Nefalut 5/1/1

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca



Facture N° 20200819-345

Date de vente : 03/08/2020

Médecin traitant :

HABACHI MOHAMED

Maroc

68,90

68,90

68,90

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
EXFORGE HCT CO 5/160/25MG B28 COMP	3	361,00	Exonéré (0.00%)	1 083,00
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	3	27,70	Exonéré (0.00%)	83,10
FLUDEX CO 1.5MG B30 COMP	3	68,90	Exonéré (0.00%)	206,70
NEBILET CO 5MG B28 COMP	3	87,50	Exonéré (0.00%)	262,50

Total HT	1 635,30 DHS
TVA	0 DHS
Total	1 635,30 DHS

Le la présente facture à la somme de : mille six cent trente-cinq DHS
et trente centimes

PHARMACIE LA BRISE
38, Rue Abou Abbes AT AZFI
Maarif, Casablanca
Tel.: 05 22 99 07 10
Fax: 05 22 99 07 03

ICE : 001688166000012

Tel : 0522990710/0622927010

Adresse : 38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

