

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-548457

MUPRAS
RECEPTION

40480

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4217

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KAHALLAHIA MUSTAPHA

Date de naissance :

01/01/1954

Adresse :

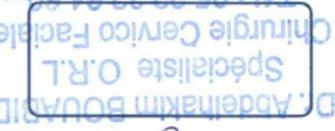
421 PASSAGE 13 TISSIR (2)

Tél. :

070 675 93 74 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/08/2020

Nom et prénom du malade :

Kahallahia Mustapha Age: 66ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Myofascial 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 : DAKOURA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/09/2020

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
10/08/20 20	Consult + Bilans		2000 F	08/08/20 Spécialiste D.R.L Audithek 022 32 64 56 Chirurgie 022 32 64 56 et 022 32 64 56
11/08/20	Consult			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/12	322,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
	O.D.F PROTHÉSES 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;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">B</td> </tr> </table>		H	21433552	D	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	21433552													
		D	00000000													
		G														
		00000000	00000000													
35533411		11433553														
B																
[Création, remont, adjonction]		Montants des soins <input type="text"/>														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																

- Spécialiste en ORL et Chirurgie :
- Cervico - Maxillo - Faciale
- Exploration Endoscopique
- Exploration Vertige et Surdité



061126140



الدكتور بو عبید عبد الحكيم

- اختصاصي :

- في أمراض و جراحة الأنف والأذن والحنجرة
- جراحة الوجه والعنق وحساسية الأنف
- اختبارات الدوخة وضائافت السمع
- الفحص بالمنظار والمجهر

Berrechid le :

10/01/2020

Khalilnia Moustapha

48,00x2

2x500 mg

10 mg

41,80

5.V

2x1 j.

400 mg

30,50

5.V

4x1 j.

400 mg

12,16

5.V

capsule. 2x1 j.

200 mg

322,40

1x1 j.

10 mg

Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico Facial

Pharmacie AL Houri
Mofamed Amine SCA
Dr En pharmacie Amine SCA
19 Bd. Al Houria - Oujda - ESPAGNE
Tél.: 0522 328 328

123.60

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bneu al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boite 14

641/15DMP/21NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.R.V : 30DH50

6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.R.V : 30DH50

6 118000 010845

48.00

48.00

41.80

30,50 x 2