

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-575673

43-938

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7912	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAKKAL EL Housseine			
Date de naissance : 21/12/1963			
Adresse : Lot sidi Abderrahman, Rue 87, n° 19. El Oufa - Casablanca			
Tél. : 0671-01-68-81 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 3/01/20			
Nom et prénom du malade : Bakkal Yamina			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : consultation + vaccination			
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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

3.11.20

Cl

2500 H

INP :

dr. SAAD Bouchra
Pédiatre Allergologue
5011 Apt. 10 Résidence
El Oulfa Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/10/2020	734,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

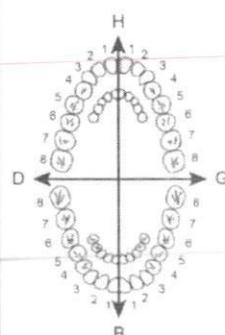
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

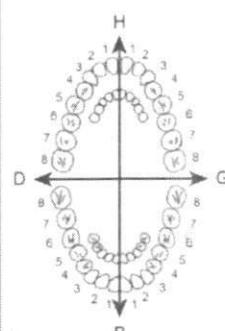
VOLET ADHERENT

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

SANS D...



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

AUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SAADI Bouchra

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie

Bilans Allergologiques et explorations respiratoires

Ancienne Pédiatre au CHU Averroès et à l'hôpital Moulay Youssef



الدكتورة السعدي بشرى

اختصاصية في طب الطفل و الرضيع

وفي أمراض الحساسية

تحليلات الحساسية و التتنفس

طبيبة سابقا بقسم الأطفال بمستشفى

بن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le 3.

10-20

الدار البيضاء، في

Balkkal yahya

734100

Menactra

Composition of Active Substances:
each of each polysaccharide per sero approximately 48 mcg dipl information for additional det:
List of Excipients: Sodium chl anhydrous, and sodiumphos The vaccine contains no pres material should be disposed c
DO NOT FREEZE. Store in a ref Keep out of reach of children
GTIN: 03664798008999

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
MENACTRA 0,5 ML SOL

INJ 1FL
PPV : 734,00 DH

5118001 081981

PHARMACE OUM RABIA

Dr. SAAD
Pédiatre
Imm 5 GH 1 App. 10 Résidence
Firdaous El Oulfa Casablanca

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الربيع و شارع المركب الإداري - عمارة 5 شقة 10 الطبق الثاني GH1A - الألفة - الدار البيضاء
Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32