

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

- 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.

Nº W19-568965

49130

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)
10512

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABOUR AZIZ

Date de naissance :

29 06 1959

Adresse :

Hag Puffo, Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/11/2020
A 217

Age :

Nom et prénom du malade :

Enfant

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Nature de la maladie :

DNA

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 : 23/11/2020

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
29-11-2020	2020		150,00€	INP : 1991047416 DENTISTE ET ALIMENTATION Médecin : 1582 Le Ministère de la Santé Aut. N° : 05.22.93.03.00 Tél. : 05.22.93.03.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/11/2020	1838,40

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Redouan EL ARABI

Médecine Générale

Echographie
Electrocardiogramme
Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى تخطيط القلب الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

GABRIEL AZIZ

111.00 x 11 Hu man O C - 50 mix
111.00 x 51.6 - 51.6 - 0 3 from 111
Hu man O C - 25 mix
0 - 0 116

Do. N° x6
N° 838. N°
MÉDECIN FORMATEUR
D'accord avec le Médecin Agréé Redon
Le Ministère de la Santé
Aut. N° 05.22. 53.03.00

٠٥٢٢٩٣٠٣٠٩ - تجزئة الحاج فاتح - رقم ١٤١ - الطابة السفلى - الشقة رقم ٢ - الدار البيضاء - الهاتف :

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C - Appt. 2 - Casablanca - Tél : 05 22 93 03 09

LOT D051997E.3
UT AV 02 2022
PPV 111.00 DH

LOT D051997E.2
UT AV 02 2022
PPV 111.00 DH

LOT D107262L.7
UT AV 05 2022
PPV 111.00 DH

LOT D107262L.3
UT AV 05 2022
PPV 111.00 DH

LOT D051997E.2
UT AV 02 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.2
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D208747G.2
UT AV 01 2023
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.3
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.1
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.1
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.1
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.3
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.3
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D208747G.2
UT AV 01 2023
PPV 111.00 DH

LOT D208747G.1
UT AV 01 2023
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.3
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V :10DH40
PER.:02/2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V :10DH40
PER.:05/2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V :10DH40
PER.:05/2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V :10DH40
PER.:05/2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V :10DH40
PER.:05/2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V :10DH40
PER.:05/2023
6 118000 062127