

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.

N° W19-592986

51226

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12392

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

MDAGHRI FILALI NOUNIR

Date de naissance :

01/03/1985

Adresse :

res AC FIN DADOU CHEZ AYACHE APPARIS 92
DOLFA LAIA

Tél. : 0661087721

Total des frais engagés : 123024 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

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
01/12/2020	CS	1	852	INP 0911391659 الدكتور يسفي بوعجدة Doctor YSSEF Boujemaa EXPERTISE MEDICALE CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/12/2020	PHARMACIE PRINCIPALE Molamcoo S.A.C.R.D.C.B.P. Rond Point Hassan II Km 2000 Casablanca Tél : 05 22 22 11 10 R.C. Casab : 149884 CNSS : 187541 J.F. 590830 Patente N° : 34306256
	01/12/2020	139.20 908.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

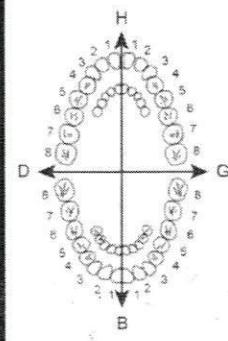
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

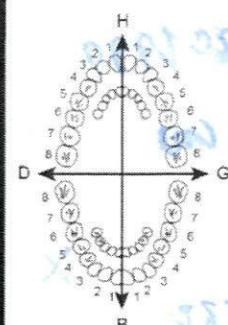
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	5533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

PARACETAMOL

PPV 77DH50
PER 10/22
LOT 12463

emaa

ecine

17,50



er
ité
ris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

SINGULAIR® 4 mg
Granulés, sachets-doses
Boîte de 28
P.P.V. : 251,00 DH
AMM 407/18 DMP/21/NRQ
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160389

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10
05 22 22 01 46
05 22 22 21 48 } هاتف العيادة

GSM : 06 68 79 27 94 : المتنقل

Sur rendez-vous بالموعد

Casablanca, le 01/12/2008 الدار البيضاء، في

الدكتور سفيان الجمعة

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض

ض