

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

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° P19-

056509

ND : 52040

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAKHCHACHI SANAA

Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : NAY AL WALAA TR6 SIDI IM 1 APP 124
Sidi Mâoune

Tél. 06 57 67 44 60

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : OUAKHCHACHI SANAA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affect. ophtalmique.

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 : 02/11/2020

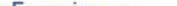
Signature de l'adhérent(e) :



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
2.11 2020	C	1	120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE LA GARE ATTACHEE A LA CLINIQUE MATERNE 17 AVENUE DE LA MATERNE 92110 Clichy TÉL: 01 46 70 08 17 fax: 01 46 70 08 17	20/11/17	183.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil, Mabrouka

Tél:

CAB. Fax : 0522 37 12 80	عيادة. فاكس : 0522 37 12 80
DOM. : 0522 98 34 14	منزل : 0522 98 34 14
URGENCE : 0663 09 41 09	مستعجلات : 0663 09 41 09

الدكتور مصطفى خليل

14 ، شارع النيل . مبروكة

عيادة . فاكس : 0522 37 12 80

منزل : 0522 98 34 14

مستعجلات : 0663 09 41 09

} المات :

Casablanca, le 2.11.2020

Veuve OUARHACHACHI SANAA

09.30 - Phylarm unidoses  usage ophthalm. en cas de besoin

17.30 - Désomedine 0,1% Collyre 
1 goutte x 3 fois par jour dès 2 yeux.

Sérum Physiologique

Hygiène oculaire en cas de besoin

26.30 - Tobrex 0,3% Collyre 

1 dose le soir.

Normo jantoyl N°3

1cp après 3 repas

AS
Cas - le : 0522 70 08 12
Atta
Dr
PHARM
SALIMA
Dr
Docteur
Mustapha
Khalil
Begins : 0663 09 41 09

AS
Dr
Docteur
Mustapha
Khalil
Begins : 0663 09 41 09

stopline

AS 30

16 u

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

que

DESOMEDINE 0.1%
Collyre 10ml

LOT/جع H4177
FABR/جع 01-2019
EXPI/جع 01-2022

ZENITH PHARMA
PPV 27.90 DHS
ADSP n°52 DMP/21/NRC

LOT 16 1307 1

EX 01/2022

PPV

26/40

NORMOGASTRYL

PPV 12DH00
EXP 09/2024
LOT 062876

NORMOGASTRYL

PPV 12DH00
EXP 05/2024
LOT 040534

NORMOGASTRYL

PPV 12DH00
EXP 04/2024
LOT 020426