

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 056512

ND: 52039

1875 Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : OUAKHCHACHI SANAA

Date de naissance : HAYAL WALAA T26 Se 1 24 1 A.P. 124

Adresse :

Tél. : 05 22 27 67 67 60

Total des frais engagés : 0hs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2020

Nom et prénom du malade : OUAKHCHACHI SANAA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AFG Digestif

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/12/2020

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
11-12-2020	C	1	120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

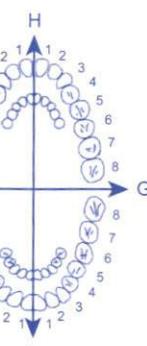
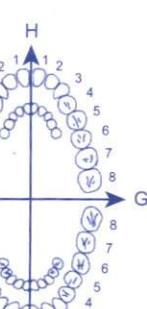
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'E

Docteur Mustapha Khalil

الدكتور مصطفى خليل

14, Avenue du Nil, Mabrouka

14، شارع النيل. مبروكه

Tél: { CAB. Fax : 0522 37 12 80
DOM. : 0522 98 34 14
URGENCE : 0663 09 41 09

عيادة. فاكس : 0522 37 12 80

منزل : 0522 98 34 14

مستعجلات : 0663 09 41 09

الهاتف :

Casablanca, le 11.12.2020

N^o Ouakchachi JANAA

(38,50) + 2
- Neutral sol N° 2 
beuil à soupe après 3 sépas

(30,50) + 3
- Imodium 2mg N° 3 
1cp matin + midi + 16h + 1cp en cas d'irr.

19,90
- Bispioral 1,5ml
1cp matin et soir

14,00
- Hexomedine sol.
desinf. 3 j. pas jour 

26,40
- Cetimac S/GALMA
Cetimac TGA : 0522 70 08 17
D.L. Maghribi Sidi Noumene
D.S. Maghribi Sidi Noumene



PPV 300H50

EXP 01/2023
LOT 9N034 4

PPV 300H50

EXP 01/2023
LOT 9N034 3

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 300H50



6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE

20 Gél

P.P.V : 300H50



6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE

20 Gél

P.P.V : 300H50



6 118000 010845

PPV 700H90

PER 01/22

LOT 1250

محلول

14,00