

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.

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.

Prothésaire :

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



54872

Déclaration de Maladie : N° P19-0010038

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2492 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06.64.37.24.47 Total des frais engagés : Dhs

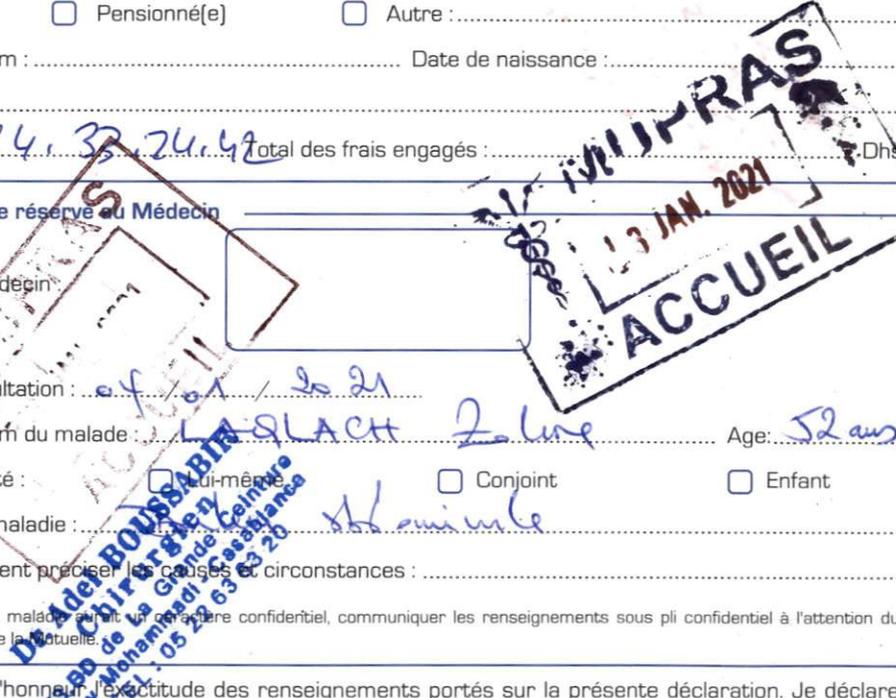
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 01/01/2021
Nom et prénom du malade : L. GLACH Zine Age: 52 ans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Hémicéc
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) : _____



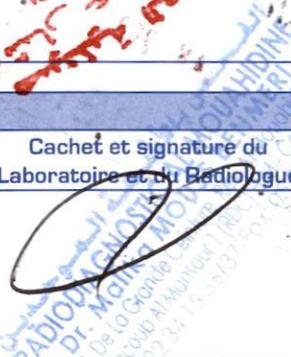
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/01/2021	C2	01	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourcheur	Date	Montant de la Facture
	04/01/2021	191,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/01/2021	230	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

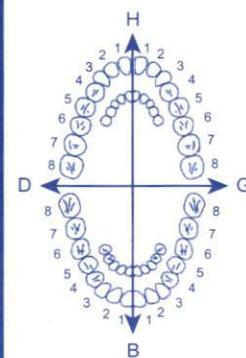
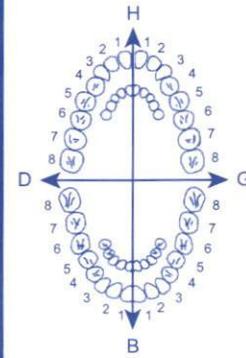
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B				
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	[Création, remônt, adjonction]																			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

41,70
|

Casablanca, le 01/01/2023

pour LAQLACH Zahra.

41,70

1) Proferind 6 suppu.

1 suppu le soir

50,40

2) Neelgy 6 suppu

24 x 81 J

52,80

3) Proferind 6 suppu

1 gel le soir

46,90

4) Acticarbine 70

24 x 81 J

191,80

Vertical red stamp: 05 22 63 63 20

PPV: 50DH40
PER: 07/23
LOT: J2035

PPV: 52DH80
PER: 11/22
LOT: J1031-2

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 43,90 DH SOTHEMA
6118001070015

Dr. ADEL BOUSSABIR
Chirurgien
73, Bd de La Grande Ceinture
Hay Mohammadi - Casablanca
TEL : 05 22 63 63 20



Casablanca, le 24/01/2021

Mme LAGLACH Salma.

52 ans,

ATCD: Diabète sucré

HTA -

Douleur avec lombalgie gel

gel

la femme obèse

المركز بالأشعة الصوتية
ADIODIAGNOSTIC AL MOUAHIDINE
Dr. Malika MOUSS BENMERRI
Bd. De La Grande Ceinture, Rés. Al Mouahidine
Cité: Yacoub Al Mansour I (RDC) H/M: Casablanca
Tél: 05 22 34 15 36/37-Fax: 05 22 34 15 36

Dr. Adel BOUSSABIR
Chirurgien
73, Bd de La Grande Ceinture
Hay Mohammadi - Casablanca
TEL : 05 22 63 63 20



Casablanca, le 05/01/2021

Facture N°0022/2021

Nom patient : **LAQLACH ZOHRA**

Examen réalisé :
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Montant : **300 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS DH**

REGLEMENT : ESPECES

DR MOUSS

إقامة الموحدين عمارة يعقوب المنصور 1 (الطابق السفلي) شارع الحزام الكبير - الحي المحمدي - الدار البيضاء.

Résidence AL MOUAHIDINE - Imm. Yacoub Al Mansour 1 (R.D.C) - Bd. Grande Ceinture - Hay Mohammadi
Casablanca - Tél.: 05 22 34 15 36 / 37 - Fax : 05 22 34 15 36 - E-mail : rxmouss@hotmail.fr

Site Web : www.radiologie-mouahidine.com - Patente : 31836204 - I.F. : 48036204 - C.N.S.S. : 2559279 - I.C.E. : 001740047000002