

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

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° W21-707934

134327

| | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 3369 | | Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre: | TOR HAN AB DELALI |
| Nom & Prénom : TOR HAN AB DELALI | | Date de naissance : 8/10/1966 | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0661 170 668 | | Total des frais engagés : 10000 Dhs | |

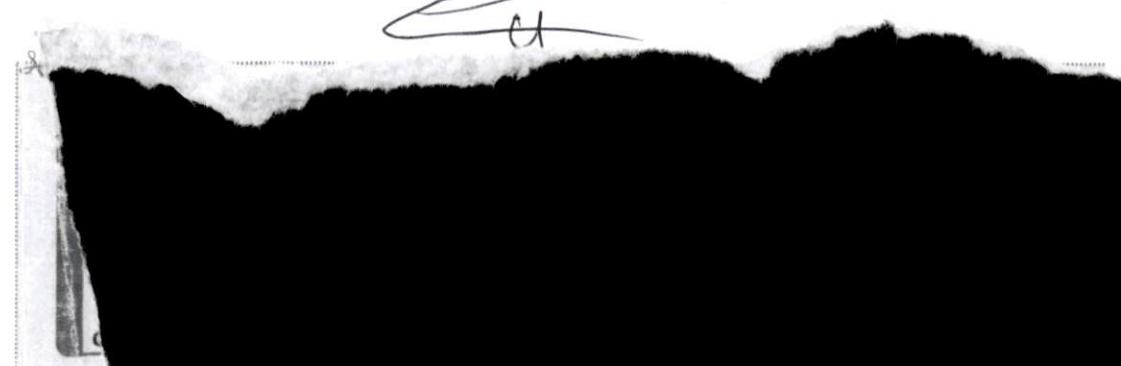
Autorisation N°: A-A-215/2019

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : | 24 OCT. 2022 | |
| Nom et prénom du malade : | M | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | R ACCUEIL | |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 26/09/2022 | C3 | 2 (0.8 H) | | INP : 09M7M38 Dr. H. EL MOATAZ BILLAH Chirurgien Spécialiste Traumatologue 06/09/2022 24 67 39 47 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------------------------------------|-----------------------|
| Pharmacie Rabi Al Moustakbal Rabi' FATHALLAH Docteur en Pharmacie Lot. Al Mouakabah GH 344 Imm T 301 Sidi Maârouf - Casablanca Té/Fax : 0524 234 15 | <u>26</u> <u>09</u> <u>09</u> | <u>143.50</u> |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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'ODF.

Dr. EL MOATAZ BILLAH El Hassane

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique

et Traumatologique Arthroscopie

Chirurgie et Traumatologie du sport

Diplômé de la faculté de médecine de CAEN (France)



الدكتور المعتز بالله الحسن
اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
الجراحة بالمنظار
علاج الجروح الرياضية
خريج كلية الطب بكلية فرنسا

Casablanca, le

26/09/2022



60.90

10

Melodrama DR

Aug 17

8

34/00

46.00

- Basal 2)

— 1 —

46,00

3700

20g x 3715

ST 22001
E 4725
PV 600 H90

60,90

A standard linear barcode is positioned horizontally across the page, consisting of vertical black bars of varying widths.

Pharma RABHAL MOUSTAKBAL
14590 TALLAH
Dokt. Pharmacie imm. T.30

Dr. H. EL MOATAZ BILLAH
Chirurgien
Spécialiste Traumatologue

Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubakr El Kadiri et Bd. El Qods,
Résidence Nada, 1er étage Appt. N°4, Jidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 05 22 58 00 89 - GSM: 06 34 67 39 47 - E-mail: hassanelmoataz@gmail.com