

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 personnelles.

S : 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

M22- 0025950

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1802 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRISS OUAFIA

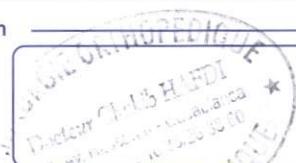
Date de naissance : 28/07/51

Adresse : 39 Rue EL Houdhoud CASA

Tél. 05 22 47 18 43 Total des frais engagés : 335,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/07/2023

Nom et prénom du malade : DRISS OUAFIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous ce 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 : CASA Le 07 AVR 2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10 FEV 2023	P2		3000 DT	CH. DENTAL CLINIQUE Dr. H. BLOM

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE ZERGOUNI	03/10/2023	35,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			Coefficient des travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	MONTANTS DES SOINS
	21433552 00000000 11433553	B		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Chakib HAFDI

Ancien Assistant- Chef de Clinique au C.H.U de Montpellier

Membre Titulaire du Collège Français

des Chirurgiens Orthopédistes

Membre Titulaire de la Société Française

de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

C.E.S. Chirurgie Générale

C.E.S. Médecine du Sport

D.E.M. Relatives à la Réparation Juridique

du Dommage Corporel

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

CHIRURGIE DE LA MAIN

ORTHOPÉDIE PEDIATRIQUE

الدكتور شكيب حافظي

رئيس عيادة (سابقا) بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو رسمي بالجمع الفرنسي للأطباء الجراحين المغاربة

عضو رسمي بالجمعية الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

شهادة التخصص في الجراحة العامة

شهادة التخصص في الطب الرياضي

شهادة التخصص في التقويم العدلي

للاضطراب الجسدي

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

وجراحة اليد

تقويم الأعوجاج العضوي للأطفال

Casablanca, le : 03 FEV 2023

Dr. Chakib HAFDI

13,20 + 21,80

Albion Sat

Uf M

64 j

T = 35,00

14/02/2023

0661.14.33.36 – 193, شارع الحسن الثاني – الدار البيضاء 20140 – الهاتف: 0522.26.38.60 / 0522.22.16.35 –fax: 0522.49.02.82

193, Avenue Hassan II – Casablanca 20140 – tél : 0522.22.16.35 / 0522.26.38.60 – Fax : 0522.49.02.82

Urgence : 0661.14.33.36 – Domicile : 0522.39.14.81 – E-mail : drchakibhafdi@gmail.com

ALGIK®

Paracétamol (500 mg) + Caféine (50 mg)

Voie orale

Antalgique et antipyrrétique

Poudre orale, 20 sachets



LOT 224088
EXP 04/24
PPV 21DH80

ALGIK®

Paracétamol(500 mg) + Caféine(50 mg)

Antalgique et antipyrrétique

13/20