

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-621382

162484



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1512

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAFHOITRI m eb

Date de naissance :

1951

Adresse :

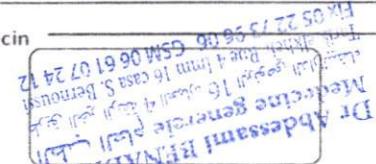
TARIK EL KHEIR Rue 12 lot 227 App 8
Boulevard CASA

Tél. : 066 14 22 00 2

Total des frais engagés : 515,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/05/2023

Nom et prénom du malade :

LAFHOITRI salar

Age : 11/9/2001

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Coliques nephrotiques

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 : 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. A. JALLAL Tarik El Kheil Rue 9 Casablanca Fax : 0527 52 75 00	22.05.2023	355,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 22/05/93 الدار البيضاء في :

LAKHOITRI

Sal - a

Pharmacie TARIK EL KHEIR

Dr. A. JALLOULI

Hay Tarik El Kheir Rue 9 N° 3 et 5

Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél/Fax : 0522 753352

79,70 x 2

- Azith S.V 14 mg x 12

27,50 x 2

- Splash S.V

39,00 - Mefsal 15 S.V

82,00 - Cefal 1000 mg 4

79,80 - Fitofen S.V

355,20

16، زنقة 4، فوق حمام طريق الخير، س. البرنوسي - البيضاء - الهاتف : 06 61 07 24 12 - 05 22 73 96 06

16, Rue 4, Dessus Hamam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 73 96 06 - 06 61 07 24 12

Dr Abdessami BEN NADADA
 Médecine générale - Sport - Biostatistique
 16, Rue 4, Dessus Hamam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca
 Tél.: 05 22 73 96 06 - 06 61 07 24 12

LOT: 230048
PER: 01\2028
PPC: 79.80DH



27,50



27,50



22,00

