

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° W21-771628

163664

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08726

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Filali Aoual YOUSSEF

Date de naissance :

Adresse : 14 BD EL HACHENI F'CAL, BEB GUAJ

Ain Benhane

Tél. : 0661 330729 Total des frais engagés : 412,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Filali Aoual YOUSSEF Age:

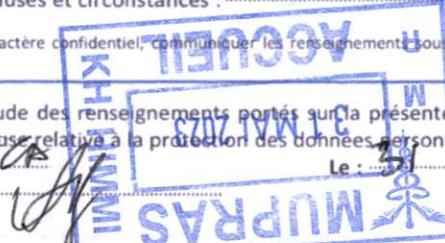
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 cláuse relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 31/10/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE S. BOUSFIH 192, BIS B Montellini</i>	<i>05/04/23</i>	<i>197,90</i>

ANALYSES - RADIOPHARIES			
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 HONORAIRE						
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.						
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				INP : <input type="text"/>		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		
		ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>		
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

Dr Nawal AISSAOUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des Maladies des OS,
des Articulations, la Colonne Vertébrale et des Tendons
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancienne Médecin à l'Hôpital El Ayachi - Salé



د. نوال عيساوي

أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل، العمود
الفقري والأوتار
دبلوم كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا

Casablanca, le : 05/04/23 الدار البيضاء، في :

صيدلية الداليا
PHARMACIE DES DÀLIAS
Dr. S. BOUSFIHA BOUHLAL
492, Bis Bd. Panoramique
Montpellier) - Tél: 0522 527 560

Filali Aoual youssef

1 | Diproterone

starte

eu AS

deu.



58,30

2 | hydroxo 600e

tuju 1 3j

eu AS

deu.

3 | ketod 200g

1 gel 1 crème

eu AS

1g.

37,00

4 | Acetamin

set x 21

eu AS

PP.V : 37,00
LOT :
EXP : /

5 | Di - zido 100mg

souffrir.



صيدلية الداليا
PHARMACIE DES DÀLIAS
Dr. S. BOUSFIHA BOUHLAL
Appt. N°3, Immeuble 28, Résidence Asdemane, Angle Bd. El Kods &
492, Bis Bd. Panoramique
Montpellier) - Tél: 0522 527 560

0522 87 33 40