

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0039132

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14 89 Société : _____
 Actif Pensionné(e) Autre : A63794
 Nom & Prénom : H FADIL Fatima
 Date de naissance : 10-09-53
 Adresse : 06 67 1390 30
 Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/05/2023

Nom et prénom du malade : FADIL Fatima Age : 1953

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection rhumatisante

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 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) : _____

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 à caractère personnel.

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
10-05-23	9	1	250 (u)	<i>Dr. MOSTAFA ABBAS - DR. MOHAMMED RABHI 6 Avenue Alital, Casablanca 20570</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ADDIAR 16-1 Rue d'Addiar Al Jadida InChock Casab-022-50.76.19</i>	10/05/93	528,50

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

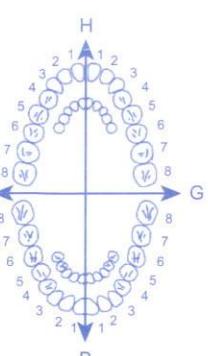
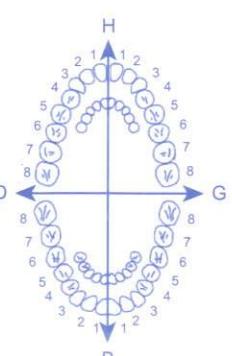
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mostafa MCHICH
RHUMATOLOGUE

SPECIALISTE DES MALADIES DES OS
 DES ARTICULATIONS DES MUSCLES
 ET DE LA COLONNE VERTEBRALE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
 DE RENNES (FRANCE)
 ANCIEN MEDECIN ATTACHE
 AUX HOPITAUX DE FRANCE

الدكتور مصطفى مشيش

اختصاصي في الروماتيزم
 أمراض العظام - المفاصل
 والعمود الفقري

خريج كلية الطب بربين (فرنسا)
 طبيب ملحق سابقاً بمستشفيات فرنسا

Meknès, le

10 MAI 2023

مكتنـس، فـي

4-FAJEL
 valima

26.80

1) Zylonec 100
 1x 1513ml



2) celecoxib 300
 1x 143ml



99.40
 3) Bonfa 150
 1x 1 ml 3mls, ملء بـ 1/2
 لتر ماء

4) chondrofyl 400
 283ml شوك a 2 x 3mls

PHARMACIE ADDIAR
 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida
 UnChock-Casa 022-50.75.19

59850

الدكتور مصطفى مشيش
 DR. MOSTAFA MCHICH
 RHUMATOLOGUE
 Dr. Abdellah Ben Abdellah
 MEKNES - Tel: 053516850

PHARMACIE ADDIAR
 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida
 UnChock-Casa 022-50.75.19

6، شارع علال بن عبد الله الطابق الأول " أمام بنك المغرب " (م.ج) - مـ
 Filal Ben Abdellah 1^{er} Etage " en face Bank Al Maghrib " (V.N) - MEKNES
 تـلـ : C. : 05 35 51 68 50 - P. : 06 61 72 14 03
 E-mail : docteur_mchich@hotmail.fr

