

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

164276

Déclaration de Maladie : N° S19-0002521

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11693

Société : Dam

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Diouach Imad Date de naissance : 29.01.75

Adresse : habituelle

Tél. : 06 99 32 50 34 Total des frais engagés : 150 + 206,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : Diouach Imad Age : 48 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Tata

Le : 16 JUIN 2023

Signature de l'adhérent(e) : Imad Diouach



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
05/06/23	C		100 Dhs	<i>Docteur DRIFI Hassan Médecine Générale Médecine des Urgences Dr. Mohamed V Belvédère Tél: 05 22 24 14 90</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL MASSA 65, Rue Rahba Ben Aboud Dr. Mme BENAOUSSA Ouafae Tél : 05 22 24 80 54 Fax : 05 22 24 85 44</i>	05/06/23	2663-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

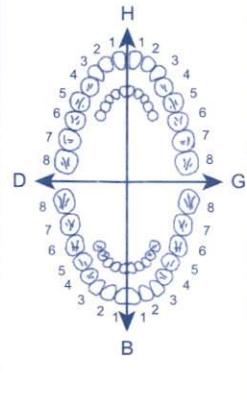
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

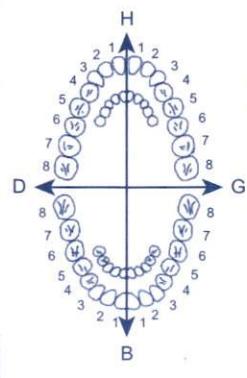
Important :

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
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				CCEFFICIENT DES TRAVAUX



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur DRIFI Hassan

Médecine Générale
Médecine des Urgences
Médecin Agrée pour la
Visite de Permis de Conduire



الدكتور الضريفي حسن
الطب العام
طب المستعجلات
طبيب معتمد للفحص الطبي
لرخصة السياقة

Casablanca, le :

5.6.2023

Dishuk ESTAD

130° Amoxicilline B24
m a y
140° Tetracycline
m a y
60° nifuroxime
m a y
230° TER plan
m a y x 3
--- 200°

Docteur DRIFI Hassan
Médecine Générale
Bv. N. Hamed Al Beydè
05 22 24 49 90

PHARMACEUTIQUE
Rue Rameau
51, Avenue Ben Moussa
DK 1010
Tel : 05 22 24 85 44
Fax : 05 22 24 85 44

شارع محمد الخامس، عمارة 625، الطابق 3، شقة رقم 23 (أمام جماعة الصخور السوداء). الهاتف : 05 22 24 14 90 . المحمول : 06 69 02 66 67
Bd Med V, Imm. 625, 3ème étage, Appt. N° 23 (en face la Commune Sokhor Assawda) - Tél. : 05 22 24 14 90 - GSM : 06 69 02 66 67

23,60



PPV : 103,60 DH
LOT : 651199
PER : 10/24

PPV : 14DH00
PER : 02/26
LOT : M541



Lot :
الرموحة

Fab :
صنع

EXP :
 صالح لغاية:

1043 05 2022 BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH 05 2025