

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° W21-815139

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 08767

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Boukary Riad A202 A74159

Date de naissance :

06-05-68

Adresse :

Casa Casablanca 10611 Imm. Al Allal

Tél. :

0661 27 7363 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 108 / 223

Nom et prénom du malade : Age:

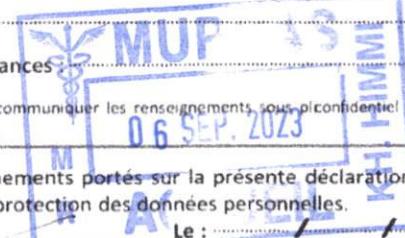
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Osteo

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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Signature du Pharmacien PHARMACIE GREENTOWN	Date
Dr. Mouloud AZENNAR Centre Commercial Casa Green Town Boukhoura - Tél. : 212 32 11 28723	Montant de la Facture 195,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratique 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'OIDF.																		
SOINS DENTAIRES 	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 PROTHESES DENTAIRES 																
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21430652</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000009</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21430652	D	00000009	00000000	G	35533411	11433553	B		
		H	25533412	21430652														
		D	00000009	00000000														
		G	35533411	11433553														
		B																
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr Walid BAI

Chirurgien Urologue
Sexologue - Andrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Diplômé en Urodynamique
et Pévipérinéologie de l'Université Paris 7

Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca



الدكتور وليد بعي

أخصائي في أمراض وجراحة الكلى

والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم من جامعة باريس 7

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء



Mr. Akram Benkhis

1) Triakon
106,80.



1 seule injection

2) Vibra 200
89,00
195,80



Dr. BAI Walid
Chirurgien Urologue et Andrologue
511, Résidence Qods Californie, Imm. GH8 1^{er} étage N° 12, Bd. El Qods - Casablanca
Tél : 05 20 29 93 93 - Urgence : 06 62 33 69 04 - Email : dr.walid.bai@gmail.com

511 إقامة القدس كاليفورنيا عمارة 8 الطابق الأول رقم 12 شارع القدس - الدار البيضاء

511, Résidence Qods Californie, Imm. GH8 1^{er} étage N° 12, Bd. El Qods - Casablanca

Tél : 05 20 29 93 93 - Urgence : 06 62 33 69 04 - Email : dr.walid.bai@gmail.com

The Pfizer logo, which consists of the word "Pfizer" in a white, serif font inside a dark blue oval.

من 200

جاء بهم الله تعالى

8 | مراص فایلہ لکس

Vibra[®] 200 mg

8 comprimés sécables



6 "118000"250449

LOT N°: GR 2736

89,80

UT.AV: 10

4 P.P.V 9

0-0

P10023688