

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-818013



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13231

Société : FAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IFKIREN AYOUB

Date de naissance : 28/10/1995

Adresse : Résidence les collines,

Immeuble G, appart 10

Sidi Maarouf - Casablanca

Tél. : 06 22 46 56 36

Dr. SARI DERMATOLOGIST

18, rue Saïd Ben Youssef

Guita Khatib et La Sers

Oujda 97089 Casablanca

Tél. : 05 22 91 08 97

Total : 1015,5 Dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

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
19/05/2023	CS		100	09/05/2023 Signature : Dr. [Signature] Cachet : Dr. [Cachet] 09/05/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE IDOUDRE SARL AU Dr. Jafila IDOUDRE 2 Av des Facultés Quassem Lalmoune Hay Hassani Magasin N° 5 Casablanca ICE : 002954028000076	12/09/2023	7.65, - D

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	Nature des Soins (List of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	INP : <input type="text"/>				
				CŒFFICIENT 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE 				
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique; 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 <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>				

Dr Sara MJAHEDE NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin spécialiste en Maladie et chirurgie de peau , cheveux et ongles
 - Maladie sexuellement transmissible
 - Médecine esthétique et anti-âge



S 1 SV

ARLAU
imoune

② FGiven

Ayoub-

10/03/2020

Valex 500 mg $3 \times 1 \text{ F2, 50} = 4 \text{ F7, 10}$
gr.

2019-03-25 10:20

SV

Cyclosporine 50 mg 3x130000

L'appétit est sol

1 x 65,00

Sebastián Pérez Rosado 1x61,00
Buenos Aires

The logo consists of the letters 'SV' in a bold, blue, sans-serif font, enclosed within a thin blue circle. A diagonal line from the top-left corner of the page cuts across the logo.

Cydelum spray 1 x 113.00
100 ft. Runth

1977-86

$$\text{total} = 761,70$$

العنوان 18، تجزئة سعد الخير 24 H. الحي الحسني الالفة الدار البيضاء (الطابق 2 فوق مختبر التحليلات ببولوج)

Adresse : 18, Lot Sâad El Khair 24 H.H Hay Hassani Oulfa Casablanca (2 éme étage)

Tél : 05 22 91 08 97 - Gsm : 06 80 61 83 60

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com