

# IMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ales :

servé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

réserve au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

## Taire :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est nécessaire avant le début de traitement.

tre doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

pros soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## ction Longue Durée ALD et ALC :

me maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

: contact@mupras.com  
: pec@mupras.com  
: adhesion@mupras.com

relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données  
6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
J - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

M23-001782

179199

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 337

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AFIF

Neuve

Fatma

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/08/2023

Nom et prénom du malade : Afif fatma Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DT2

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0001782

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



M23-0001782

17 OCT. 2023

17 OCT. 20

#### **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
28.08.23	CS	G		Dr. TAI - Spécialiste en Diabète et Endocrinologie 4, Bd. Day Out, Assidq 7, Elg. bldg. 200, Aprilia, TAI - 99122 - Italy

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/2023	246,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

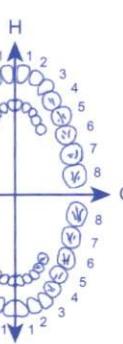
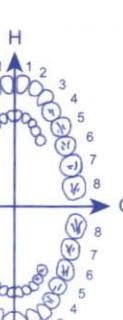
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & \hline  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B &   \end{array}  $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
	Coefficient des travaux			
	Montants des soins			
	Date du devis			
	Date de l'exécution			

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

الدكتورة عفان هدى  
Docteur Houda AFANE



Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques

Ancienne Médecin Interne au CHU Ibn Rochd-Casablanca  
Echographie Thyroïdienne et Générale

أخصائية في أمراض الغدد والسكري  
التغذية وأمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء  
الفحص بالصدى

## Ordonnance

Casablanca, Le :

29/08/12

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

32,60

LOCAPRED 0,1%  
CREME T15G  
P.P.V : 16DH60  
101:220E015  
1189000 010951

32,60

16,60

49,40 x 4

21,60

Afif Rofha

1) mesal ٣٥ج  
١٠ ج ٢٤ ج ٣١ ج

2) locotop ٠,١٪  
١٥ ج ٢٨ ج ٣١ ج

3) Ame ٥٥ج  
٦ ج ١٤ ج ٣١ ج

49,40

49,40

49,40

49,40

49,40

بشة سابقاً) إقامة الصدق الطابق الأول شقة 13 (قرب دار الشباب درب غلف) - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : cabinetdrafane@gmail.com

134 Bd Day Ouled Sidi BABA (Ex Wateau et Habacha) Résidence Assidq 1er Etage Appt N°13  
(à Coté Maison des Jeunes Derb Ghallef) – Casablanca Tél : 05 22 25 31 12 • E-mail : cabinetdrafane@gmail.com