

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-438750



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ADRION

Date de naissance : 01/01/1973

Adresse :

Tél. : 0664 79 14 42

Total des frais engagés : 416,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : GLIDA SRI NASWINE Age : 10 ans

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

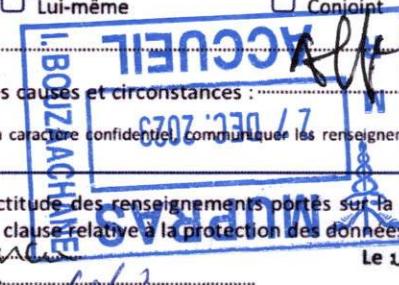
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : 11/12/2023

11/12/2023



| 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 |
| 11.12.2023 | C | 1 | 300,00 Dhs | INP : 08104688 Docteur Aoun Jith Allah Praticien Spécialiste en Médecine |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Distributeur | Date | Montant de la Facture |
|  CH Zakia N° 1, Bd Dug Montréal Québec H3C 1J3 Tel: 0514 20 51 43 Carabine | 11/12/2008 | 116,80 |

| ANALYSES - RADIographies | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées (List of treated teeth) | Nature des Soins (Nature of treatments) | Coefficient (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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 00000000 | | | D | 00000000 | 00000000 | 35533411 11433553 | | | B | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Adil Fath Allah
Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd
Ex. Chef du service de Pédiatre Hôpital Hassani



الدكتور عادل فتح الله

اختصاصي في أمراض الطفل والرضع

طبيب سابق بمستشفى الأطفال ابن رشد

رئيس سابق لقسم الأطفال بمستشفى الحسن

11/12/2023

El'Inispi nacraome
37.10 100-143

1/ Sénidej S.V. Sina



39.70

2/ Huadine Crème - affix 2
39.70

فوسيدين 2%
كريم أنبوب من 15 غ

3) Madolase sint. Dr

40.00 Bois d'ol. 0.8

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

11/12/2023



Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm, 65 GH 7 RDC - Oulfa - Casablanca

En face Commissariat Firdaouss - Tél : 0522.91.00.30 - GSM : 06 66 48 76 67

40.00