

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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



Déclaration de Maladie

W21-845501

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11115 Société : BAF

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAZAO SOUAD

Date de naissance : 07/01/77

Adresse : H. B. Helli

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2024

Nom et prénom du malade : A. H. Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Acne

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 08/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLFT ADHERENT

RELEVÉ 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
08/03/24			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Salma CHEKIF BOUHAZZANE Docteur en Pharmacie 139, Boulevard My Youssef Casablanca - Tel: 05 22 22 27 15	08/03/2024	223,30
PHARMACIE MY YOUSSEF Salma CHEKIF BOUHAZZANE Docteur en Pharmacie 139, Boulevard My Youssef Casablanca - Tel: 05 22 22 27 15	08/03/2024	14,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la M^{unicipalité}.

SOINS DENTAIRES

Traitées	Soins				

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>		
(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

① Trichostema

Galveneri cotus le

Sau x 0.00

② Uvula

① Douglas Extreme Inn

147,50

XUS.V

147,50



dis

ARMACIE MY YOUSSEF
ma CHEKIF D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My Youssef
Alger - Tél: 05 22 22 27 75
INPE: 092043355

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Chirurgie dermatologique
- Dermatologie pédiatrique
- Dermato - Allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique



- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca, le

08/03/24

Mme

DAIHA THNA

207,00

① Epiker Syndub (S.P) (S.V) (A) (GPP)

Hygiène du corps

16,30

② Dermoval crème

(S.V)

X 1 Fl le soi X 10 jours

Ensuite 1 soi sur 2 X 10 jours

③ Raev

③ Dermoval gel

X 1 Fl le soi X 03 semaines

ensuite 1 sur 2 X 02 semaines

273,30

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 16,30 DH
6 118000 161295