

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0058339

202693

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1296 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza Hay Erraha
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

NP : 091122440

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 68 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA + Coliques + Asht

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

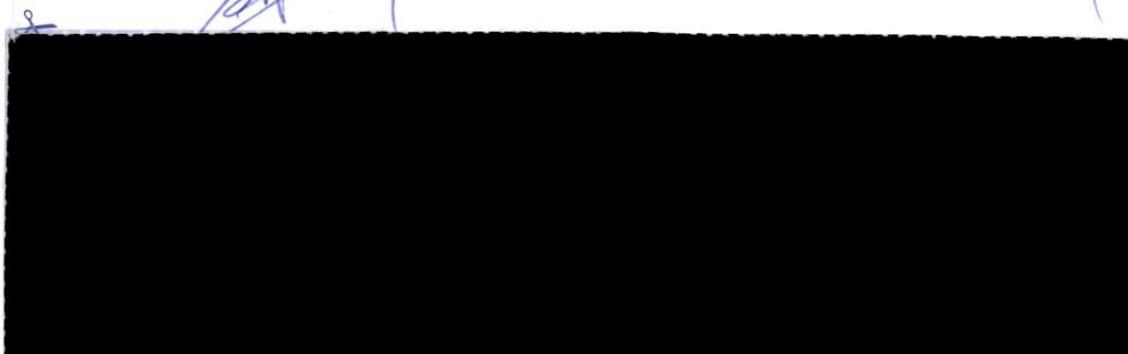
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 20/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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
20 AVR 2024	1G	01	200,00	Dr. SADIKO Médecin 4, Rue Mimouza 9522365691 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ACE AL WOUD des Roses A Co Because Casablanca Numero: 34808192	20.4.2024	667.30

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
		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	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1" 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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</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="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		00000000	H	35533411	11433553	D	00000000	00000000	B		00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
B		00000000																				
H	35533411	11433553																				
D	00000000	00000000																				
B		00000000																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

05 22 36.58

PPV: 114DH30

PER: 06/26

LOT: M2088

Casablanca, le : 20 AVR 2024

N^o ANOUAR

Med

228,60 - ٢٢٨,٦٠ - ١١٤,٣٠ دينار سونج (٠٢٣٦)
١٧٠,٠٠ - ١٧٠,٠٠ دينار سونج (٠٢٣٦)
١٧٠,٠٠ - ١٧٠,٠٠ دينار سونج (٠٢٣٦)

(S.V)

٧٥٧,٠٠ le matin

PPV: 114DH30
PER: 01/25
LOT: L058

١٧٠,٠٠ - ١٧٠,٠٠ دينار سونج (٠٢٣٦)
١٧٠,٠٠ - ١٧٠,٠٠ دينار سونج (٠٢٣٦)

(S.V)

٧٥٧,٠٠ le matin

٤٢,٢٠ - ٤٢,٢٠ سولين ١٢٥ مغ (٠٢٣٦)

(S.V)

٧٢,٥٠ ١ Bonfet ٣ fois ١,٠٠

(S.V)

٧٣,٥٠ FORLAX (٠٢٣٦)

(S.V)

٧٣,٥٠ ١ Sachet ٢ fois ١,٠٠

(S.V)

٦٦٧,٣٠ ٦٦٧,٣٠

LOT 231438
EXP 04 25
PPV 170.00 DH
Dr. Sadiq Fouzia
104, Rue Mimouza Hay Etraha
Tél: 05 22 36.58.91 Casablanca

X H 8 M
04 20 25
42,20 0 H
Lot
EXP
PPV

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza Hay Etraha
Tél: 05 22 36.58.91 Casablanca

maphar
Z. Zerka, Ain Seba, Casablanca, Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73.50 DH
6118001181193

ANALYSIS

