

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.

N° W21-829777

203485

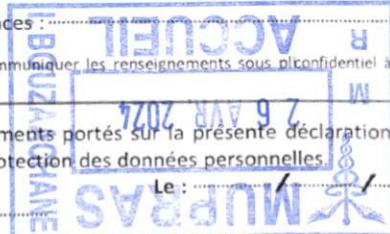
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	5920	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ITALIOUVA MOHAMMED		
Date de naissance : 23/10/1954		
Adresse : mhalilive @ hotmail.com		
Télé. :	06 10 88 88 45	Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Azzedine CHEIKH LAHLOU دكتور عزيز الدين شيخ لحلو جراحة العظام والغضاريف Traumatologie - Orthopédie 34 Rue du Yemen - Casablanca Tél: 05 22 31 84 50 / 48 21 0	
Cachet du médecin :	29/04/2014
Date de consultation :	29/04/2014
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

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
2014/2015	6	1	300	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
D <small>ate</small> 20/01/2016		
Pharmacie EL S <small>anté</small>		
R <small>é</small> gionale 202 Station		
P <small>harma</small> 1000 202 000 000 000		
TAI 07 00 00 00 00 00		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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	Nature des Soins	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"/>																									
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	<hr/>			D	00000000	00000000	35533411		11433553	<hr/>			B		
	H	25533412	21433552																						
	00000000	00000000	00000000																						
	<hr/>																								
	D	00000000	00000000																						
	35533411		11433553																						
	<hr/>																								
	B																								
	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"/>																									
[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																									

Dr Azzedine Cheikh Fahslou
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE

Ancien attaché résident du CHU
BICHAT - PARIS

Ancien Chef du Service
des Urgences Polyclinique CNSS
Expert assermenté près les tribunaux

الدكتور عز الدين الشيشي لحلو
جراحة العظام والمفاصل

مقيم سابق بالمركز الطبي الجامعي
بيشا باريس
رئيس سابق لقسم المستجدات بمصحة
الضمان الاجتماعي
خبير ملحق لدى المحاكم

C. 0522.31.54.60 / 0522.44.27.69

Casablanca, le 2014/02/24.
الدار البيضاء.

Un autre patient de
l'ancien service de
l'hôpital de la
polyclinique CNSS
qui a été
opéré à l'épaule et au bras
et il a été traité
par l'orthopédiste.
① ~~MEFAMOL~~
PHARMACIE LA COLOMBE
35, Rue Ibnou Nafis
Casablanca
Tél: 05.22.25.71
Fax: 05.22.25.71
Tél: 05.22.25.71
Fax: 05.22.25.71
Tél: 05.22.25.71
Fax: 05.22.25.71

② ~~CETOCOXINE~~
1 mg x 4/1

③ ~~Gzentane 160 mg № 2~~
1 mg / 1 / 17

Dr. Azzedine Cheikh Fahslou (أذينة شيشي)
54, Rue du Yémen (Ex Soldat Jouvencel) Bd du 11 Janvier - Casa