

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème 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

N°D: N° P19-
34796. 066997

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1839 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Taouzi Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066997

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
DROITE	18 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				Montant des soins
GAUCHE	23 22 21 18 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1				Début d'exécution
HAUT	24 25 26 27 28 29 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				Fin d'exécution
BAS	20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins
DROITE	18 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	H	D	G	Date du devis
GAUCHE	23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		Fin de
HAUT	24 25 26 27 28 29 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
BAS	20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				



W18-396667

DAJE DE DEPOT

DATE DE DÉPÔT
14.07.2010

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle	1839
Nom & Prénom	TAOLIZI HAMED	
Fonction	RETRAITE	Phones 06.6523.12.33
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	T A O Y E S Almane		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	67 ans
			Date	14/07/2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite		

عبد العزيز المصاليحي
Dr. SALHI Abdelaziz
Dermato Vénéréologue
1mm 6 Avpt 14 Place de France
Tél: 0539 37 14 69 - Tanger

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	عبد العزيز الصالحي Dr. SALHI Abdellah Dermato Vénérologue Immeuble Apot 14 Place de France Tél: 0539 37 14 69 - Tananarive	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
4	1	# 250,000 Ft

PHARMACIE	Date 14.07.2020
Montant de la facture	
130,50	

ANALYSES - RADIographies		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Abdelaziz SALHI

DERMATO - VENEREOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Poitiers (France)
Spécialiste des Maladies de la Peau
Cuir Chevelu, des Ongles, et des
Maladies Sexuellement Transmissibles
Test d'Allergie Cutanée - Chirurgie
Dermatologique

الدكتور عبد العزيز الصالحي

خريج كلية الطب ببواتي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض الجلد،

الشعر والأظافر والأمراض التناسلية

جراحة الجلد - اختبار الحساسية الجلدية

Tanger, le : طنجة، في :
14 JUIL. 2020

M^r TAOUZI Ahmed

M Diaply 3 spray 56 x 07jans



10550

2g Revolut 17 x 07jans

250

AR ch 075



13050

د. عبد العزيز الصالحي

Dr. SALHI Abdelaziz
Dermato - Vénéréologue
Im.8 Appt.14 Place de France - Tanger
Tél. 05 39 37 14 69

دھن جلدی

٥٪

سیدکلوفیر

٣٥٦



Tableau A (liste 1)

Tube de 5 g

Crème dermique

Composition:

Excipients (dom)

TANIEHAN DE L'AMOUR

A CONSERVATOR

Lire attentivement

Ne pas conserver au réfrigérateur
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C
Lire attentivement la notice avant utilisation

Revocir® 5%

Aciclovir

REVOGRIP
Model 5000
A Division of Roto-Rooter
6

26,00