

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 068017

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09221 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TALBY RIAD
Date de naissance : 05/03/1956
Adresse : RES. RAM ROUTE ELJADIDA n° 233
CASA BLANCA
Tél. : 0661202314 Total des frais engagés : 377,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAOUI Salah Eddine
444, Av Mokhtar Soussi
(Ex. Av. B) Hay Al Masjid
Casablanca
Tél. 05 22 22 12 56

Date de consultation : 06/08/2020
Nom et prénom du malade : TALBY RIAD
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint
Nature de la maladie : Polyarthrite
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Age: 12 ADULT 2020
ACCUEIL

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 : Casa Le : 06/08/2020
Signature de l'adhérent(e) :

Dr. CHAOUI Salah Eddine
444, Av Mokhtar Soussi
(Ex. Av. B) Hay Al Masjid

[illegible]

Dr. CHAO JI Salih Buis
444. Av Mokhtar Souss
(Ex. Av. B) Hay Al Masjid
Casablanca
05 22 23 18 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE GHAFIRI

Tél. 05 22 25 06 45

03 AOUT 2020

22, Angle Rue Abourrouss et Bd des

Date

Montant de la Facture

092029057

08.08.2020

237,50

22. Angle Rue Abourrouss et Bd des
Terrains de Sport-Ferme Bretonne - Cass

[illegible]

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

[illegible]

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	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 CHAOUI SALAH-EDDINE

ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplômé de la Facture de Médecine de Paris

MEDECINE GENERALE

EXPERT PRES LES TRIBUNAUX

الدكتور الشاوي صالح الدين

حائز على شهادة الفحص بالصدى

من كلية الطب بباريس

الطب العام

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 06/08/22 الدار البيضاء، في

TALBY RIAD

9410

①

Mydoflex

N° 14328

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

58,00

②

Di-INDO 50

Di-INDO 50mg 15 comprimés effervescent

PPV 58DH00
EXP 09/2022
LOT 54022 1

85,50

③

New flex Gel

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany

09/22

LOT 124

MFD 10/18

ISOPHARM
REMEX VALLE
85.50 DH

④

Skinosonic gel

DR. CHAOUI
444, AV. B
(EX. AV. B)

PHARMACIE GHAFIKI

Tél : 05 22 25 06 45

03 AOUT 2020

237,50

22, Angle Rue Abourouss et Bd der
الشارع المختار 447, Bd. B - Avenue Mokhtar Soussi (Mosquée Souna) Au Dessus Phar. Al Masjid

Casablanca - Tél : 0522 28 16 56 : الهاتف