

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A L'EPOUR 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W19-431532

PD: 14798

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11679		Société : QAD	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELFDR YOUSSEF			
Date de naissance : 20/04/1976			
Adresse : Rue 112 N° 157 Ain el-Had - Casablanca			
Tél. : 066 02 50 37 4	Total des frais engagés : 411,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur ARIFF MY SAID 6 Rue 32 Hay My Abdellah Casablanca Téle 0522 52 56 76			
Date de consultation : 25/12/2019			
Nom et prénom du malade : EL TOBRISSI Souleiman Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Algérie			
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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : 02 JAN 2020
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]* Le : 02 JAN 2020
 ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
15/10/2015	S		200.00	INF : 15/10/2015 DOCTEUR AITIF M3 6 Rue 22 May Mil Al Alm Chouk Casablanca Téle: 052 52 66 00 Abdellah
28/10/2015	C2		<i>Rabat</i>	<i>DOCTEUR AITIF M3 6 Rue 22 May Mil Al Alm Chouk Casablanca Téle: 052 52 66 00 Abdellah</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARCHÉ MUNICIPAL Casablanca Tél : 05 22 21 79 68	25/12/19	211,50
PHARMACIE MARCHÉ MUNICIPAL Casablanca	28/12/19	53,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Abdellah - Ain Chock			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 et le protocole 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>28833412</td><td>21433582</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433583</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </tbody> </table>				H	G	28833412	21433582	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433583	B	
H	G																	
28833412	21433582																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433583																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Moulay Said AFIF
Pédiatre

Spécialiste des maladies
des nourrissons et enfants
Ancien médecin attaché au CHR
de Nancy (France)

Pédiatre

Casablanca, le.....

الدكتور مولاي سعيد عفيف
اختصاصي في أمراض
الأطفال والرضع

الدار البيضاء، في

El Progrès brillante

Sirop sans sucre

Flacon de 60 ml



31,90
Sans Vignette

Moulay

PHARMACIE BLANCHE MAROC
N° 82 22 21
Casablanca
Bo Khol Hay Al Abid
Ain Chock

21,40
Sans Vignette

BUTAMYL

BUTAMYL®

Salbutamol

Fiacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH



T. 53,30

Docteur AFIF M. Said
Pédiatre
6, Rue 42, 1^{er} Etage - Hay Moulay Abdellah
Ain Chock - Casablanca
Tél. : (+212) 05 22 52 56 76

Docteur Moulay Said AFIF
Pédiatre

Spécialiste des maladies
des nourrissons et enfants
Ancien médecin attaché au CHR
de Nancy (France)



الدكتور مولاي سعيد عفيف

اختصاصي في أمراض
الأطفال والرضع

Casablanca, le 25.12.2008 الدار البيضاء، في

74,00

ELI

74,00

- Affalak 250g

day 13.98

30,00

- Biocodex

Hopital de la Fathy

85,00

- Stevia Nougatine

effluvium

22,50

- Biocodex

day 45

T: 211,50

LOT : 5172
UT.AV : 09-21
P.P.V : 30 DH 00

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C. 85,00 DH

PPV(DH):
Lot N°:
UT.AV:

RDL

Docteur AFIF MY Saloum
6 Rue 42 Casablanca, Abdellah
Ain Chock - Casablanca - Tél. : (+212) 05 22 52 56 76
16, Rue 42, 1^{er} Etage — Hay Moulay Abdellah — Ain Chock — Casablanca — Fax : (+212) 05 22 52 41 10

211,50