

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



Declaration de Maladie

N° W19-476639

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 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.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23350**

Matricule : **8300** Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **WAHBI HASSAN**

Date de naissance : **23.11.1967**

Adresse : **136. bd Oued Sebou Oulfa**

CASA

Tél. : **0662765204** Total des frais engagés : **726,00**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **21 FEB 2020**

Nom et prénom du malade : **WAHBI HASSAN** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Maladie chronique**

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA** Le : **21/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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.

RELEVÉ 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
21 FEB 2020			200000	INP : 0910691666

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-2-2020	576,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

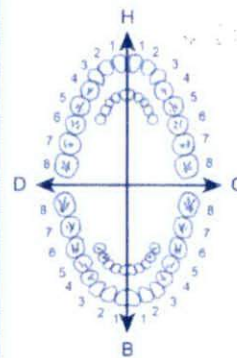
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

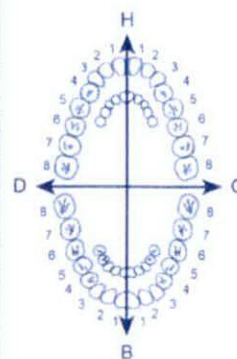
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 21 FEB 2020

الدار البيضاء، في :

- 1 - Ofiklee 200 1 y x 2/1
45,50
2 - Cataflam 50 1 y x 1
79,00
3 - Apixol 500 1 cs x 2/1
120,70
4 - Fever 5 1 y/1
49,80
5 - Flagyl 500 1 y x 2/1
6 - Doliprane 24

Cataflam® 50 mg

LOT: M19093
EXP: MAI 2022
PPV: 45,50 DH

Apixol®
Adultes

Solution buvable

A consommer
avant le: 11/2022
PPC: 79,00 DH

Flagyl 500
LOT: 191005
PER: 06/2024
P.P.V.: 490 DH

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20



AERIUS®

أقراص ملبسة
ديسلوراتين

LOT: 073-1
PER: AVR 2021
PPV: 120 DH 70

الزولاه الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Pol
Tél. : 05 22.90.70.88

LOT 193026
EXP 12 21
PPV 170.00 DH

7. Stetospasmyl
40,40 1 yr

8. Aspegic 1000
10,80 10 x 20

576,20

استيفاد الخزولي
مخاتم

022 90 97 66
الدار البيضاء
الواكف
10 10

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

أسبيجيك 1000
لللب
استيفاد
مسحوق
علبة 10
أدوية غير

ASPEGIC 1G
SACHETS B10
P.P.V. : 30DH80
LOT: 19E002
PER: 09/2021
6 118000 061083

PPV:20DH00
PER:09/22
LOT:12005

PPV:20DH00
PER:09/22
LOT:12005