

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-509719

ND: 2760

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : ESSOZ	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HACHIMI			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 18/09/2020			
Nom et prénom du malade : El hachimi maimouna			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Antarrafie			
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	N° W19-509719
Déclaration de maladie	
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 : _____	

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
18/07/2023	C	1	300 DIA	300 DIA Date: 05/07/2023 Signature: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SOUFIANE Groupe E Rue 154 N° 23/25 El Oulemia Casablanca Tél. : 05 22 89 09 63 S.C.E : 000500246000026	185-2024-123840	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				1111111111
				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'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Docteur Nadia El Ghiati

Spécialisée en Médecine Interne

Ex Médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd
et Moulay Youssef de Casablanca

- Rhumatologie
- Maladies Inflammatoires et Vasculaires
- Echographie (Diplômée de Montpellier)



Sur RDV

Casablanca, le : ٧٨ / ٥ / ٢٠٢٣ .

بالموعد

- الأمراض الباطنية أو الجماعية
- أمراض التهاب العظام، المفاصل والشرابين
- أمراض الروماتيزم

Ephachimi maine.

1) Diclofenac j.p 220,00x3 AS

~~PHARMACIE SOUFIANE
Groupe KARIM SOUFIANE
El Jadida - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 0005800246000026~~

j.p / ٣ جم → ٣ جم S.V

2) Contacryl ٥ mg.

j.p / ٣ جم

3) Alyx ١٥ mg. S.V ٢٦٦,٠٥٩٢.

الفردوس شقة رقم 3 مجمع GHIB 15 طريق المركب الإداري مقابل مطار أنفا - الألفة - الدار البيضاء

Résidence Firdaous - Appt N° 3 - L15 GHIB - Bd. Mohamed Taib Nasiri

(en face aéroport d'Anfa) - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 96 67 - GSM : 06 87 35 02 53

+ = ١٢٣٨٤٥

DUOFLEX 30 GELULES

LOT : 190004

PER : 30/09/2022

PRIX : 220 DH

DUOFLEX 30 GELULES

LOT : 190004

PER : 30/09/2022

PRIX : 220 DH

DUOFLEX 30 GELULES

LOT : 190004

PER : 30/09/2022

PRIX : 220 DH

22,00

22,00

22,00

PPV: 255DH00

PPV: 255DH00

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
El Oulfa - Casablanca
Tel.: 05 22 89 09 63
I.C.E: 000500246000026

Docteur Nadia El Ghiati

Spécialisée en Médecine Interne

Ex Médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd et Moulay Youssef de Casablanca

- Rhumatologie

- Maladies Inflammatoires et Vasculaires

- Echographie (Diplômée de Montpellier)



الدكتورة نادية الغياتي

اختصاصية في الطب الباطني

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء

- الأمراض الباطنية أو الجماعية

- أمراض التهاب العظام، المفاصل والشرايين

- أمراض الروماتيزم

Sur RDV

بالموعد

Casablanca, le : ۷۸|۰۵|۲۰۲۳

Elhachimi maria.

- né en ۱۹۶۵.
- marié pour polyarthrite.
- Actuelle + devenir

Clinique

→ Echographie
Cervicale

الفردوس شقة رقم 3 مجتمع GHIB 15 طريق المركب الإداري مقابل مطار أنفا - الأنفأة - الدار البيضاء

Résidence Firdaous - Appt N° 3 - L15 GHIB - Bd. Mohamed Taib Nasiri

(en face aéroport d'Anfa) - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 96 67 - GSM : 06 87 35 02 53