

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 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 |

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° W19-460194

MD 28572

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Matricule : **81KA**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GRIBOU ABDERRAHIM

Date de naissance :

03/06/1963

Adresse :

LOT MLY THAIM Rue 3 N°42

Tél. : **0662 3422 45**

Total des frais engagés :

376560

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13/04/2020**

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gastritis

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 : **13/04/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **WTF**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMONIE PHARMACY Dr Adlane BIDAH Boulevard OUM ERREZEH HMI MASAAF - AOUYAN Tunis - 05 22 98 03 72 - Fax: 02 21 81 12 65 Signature	24/06/2016	376,60

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

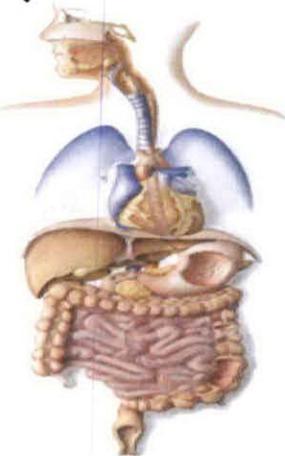
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'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				
	H D B	25533412 00000000 35533411	G G B	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif
Proctologie Médico-chirurgicale
Hépatologie
Echographie-Endoscopie interventionnelle



Casa : Le 13/04/2020

Mr Grou Abderrahim

123.60
Inexium 40 cp /j1.....j14

1 cp matin à jeun et soir 1/2h après dîner

puis Inéxium 20 mg 1/j à jeun

SYNTHEMEDIC
22 rue souk el aquar roches
noires Casablanca
INEXIUM
40 mg Opc QR
Boîte 14
64115DMP/21NRQ P.P.V : 123,60 DH
6 118001 020607

10 Jours

04 semaines

55 Néomox 1g cp

1 cp matin et soir après repas

NEOMOX®
Boîte de 10 comprimés disperables
P.P.V. 55,00 DH
6 118 00 01 90 615 II

132.20
C BAC 500 mg cp

1 cp matin et soir au milieu repas

10 Jours

132.00

29 Zyrdol 500 mg

1 cp matin et soir au milieu repas

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés
PPV 290,00 EXP 12/2022
LOT 98052 2

10 jours

37 Ultralevure

1 trois/j après repas

Lot / ième : 535
Fab / مصنع : 10 2019
EXP. /切符 : 10 2022
BIOCODEX MAROC
PPV 37,00 DH

PHARMACIE OUM ERRABI
Dr. Adnane BIDAH
49, Boulevard OUM ERRABI HAY MASSANI, EL OULFA
CASABLANCA - Tél: 05 22 90 88 73 - Fax: 05 22 90 12 66

Dr. Filali Najwa - 1/11 Baba
Casino Endocrinie
1er Etage, n° 5 "Casablanca
Tél: 05 22 89 21 16/06 81 15 08 8'