

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Déclaration de Maladie



Dos
n°
59233

N° W19-545343

file 1072

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1012

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ben youssef Abdelmajid

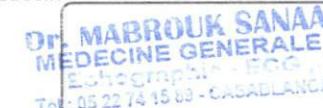
Date de naissance : 04-02-52

Adresse : La même

Tél. : 06 219 2109 128 Total des frais engagés : 150DH + 371,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2022

Nom et prénom du malade : BEN YOUSSEF FATHINA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant :

Nature de la maladie : A fracture OAL/Di-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 : 01/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

B

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
01/02/2021	C		150.54	INP : 0011223344  Dr. MABROUK SANAA MEDECINE GENERALE LISÉE
20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/02/2021	3211401026

ANALYSES - RADIOPHOTOS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		D	G	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H											
D	G										
B											
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		D	G	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H											
D	G										
B											
					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											

Dr. MABROUK Sanaa

MEDECINE GÉNÉRALE

- Diplôme Universitaire d'Echographie Générale de la faculté de Médecine de Rabat
- Diplôme Universitaire de Gynécologie Infertilité et Suivi de Grossesse (Bordeaux - France)
- ECG
- Cupping Thérapie



ناء

بالصدى

النساء

ة الحمل

الشخصي سوري قلب

ZENITH Pharma

AMM N° 171.16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 171.16 DMP/24/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

الشخصي سوري قلب

الحجامة الطبية

Casablanca, le 01/02/2011 الدار البيضاء في

BEN YOUSSEF FATIMA

20.90x2

11 VIT D3 BON (x2)

to apply à nouvelle

epi

1 mois

123.66

21 I neem 40 (BDL)

ipit'j

o. Je

3) uroko

Meteospasmyle

1-

1-

1.

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

شارع عثمان بن عفان، حي القدس البرنوسي - الهاتف : 589

ane, Hay El Qods Bernoussi - Tél.: 05 22 74 15 89 - CASABLANCA

4) ~~Prix du m. 20~~

ur -

3 CP 1/2

(05)

4) :
22/03
42,00
42,00

5) ~~F. leco note~~

A plus émis tout

123,60

01/04

DR. MABROUK SANAA
MÉDECINE GÉNÉRALE
3, BOULEVARD DE LA
LIBERTÉ 22 FEDZER - CASABLANCA

~~S~~

~~9 = 3716,00 DH~~

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 123,60 DH
ID : 632798
6 118001 140299