

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS 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° W19-428323

61560

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	6306	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ABDI NAJAH		
Date de naissance : 01/01/1968		
Adresse :		
Tél. : 06 64 18 84 33 Total des frais engagés : 111,70 Dhs		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 DR NAJAH NAJAH ALLEGUIOLIQUE 48, Rue Sidi El Tél. 05 22 89 07 80		
Date de consultation : 16/02/2021		
Nom et prénom du malade : ABDI NAJAH Age : 53		
Lien de parenté : Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Affection respiratoire		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/03/2021

BAB

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Doinna Erraisa N° 299 Rue 64 El Wifalbol - 2621 El Jadida Casablanca Tél : 05-22-91-51-34	20/01/2021	364,70

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			111

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF											
	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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G								
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553								
		D	B								
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 NAJI Nawel-Sophie

Immuno-allergologue

Asthme, eczéma de contact

Rhino-conjonctivites allergiques

Allergies alimentaires et médicamenteuses

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

Consultations sur rendez-vous

LOT: GB00871

PER: 05/2023

PPV: 185 DH 00

Najdihi Naima

185,00

- S.A.F.U.II 280

41,50

78,29

- Loréus

60,00

- VOLTAREN gel

LOT: M0451
EXP: 04/2023
PPV: 60,00 DH

T: 36 4170

Najdihi Naima

PPV : 78DH20
PER : 10/22
LOT : J2861-3

PPV : 41DH50
PER : 09/22
LOT : J2360

1 h x 2/j plus 1 h/j pdf 1 mois.
1 ep/j 15/jrs plus 1 sur d 1 mois.

S.N. application x2/j sur thorax.

Droit.

pharmacie soufia el wifak
N° 299 Rue 64 El Wifak
El Oulfa Casablanca
Tél.: 05 22 91 51 34

NAJINNAWEI-SOPHIE
Télé: 05 22 91 51 00
Fax: 05 22 91 51 00

48, Rue SOCRAT (Niveau stade d'honneur, face CNSS)

Maârif extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

Médecin absent le jeudi

الطبيب غير موجود يوم الخميس