

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

tions 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.

Biologie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02830

Société : RAS

61812

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEFI NADIA

Date de naissance : 01/07/1955

Adresse : Résidence EL FAZER 3^e RÉF. 100 BANHANS 11300

Day EL PODS

Tél. : 05 22 58 91 50 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. W. CHAFFI FILALI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
51, Bd. Rihab El Meskini
TEL. 05 22 48 21 77

Date de consultation : 04 FEV. 2021

Nom et prénom du malade : KHARROUBI Samia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection grave

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 : CASABLANCA

Le : 03/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
04 FEV 2021	C2		300 DH	DR. W. CHABO FILALI ENDOCRINOLOGIST 51, Bld Rabat El Meskin Casablanca - Maroc - 20110

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Q	04/02/2021	50,40 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

DENTAL TREATMENT PLAN

H 1 2 3 4 5 6 7 8
2 1 2 3 4 5 6 7 8
3 2 1 2 3 4 5 6 7 8
4 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8
5 4 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8
6 5 4 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8
7 6 5 4 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8
B D G

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	D
D	00000000 00000000 35533411 11433553	G	B
B			

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

MONTANTS DES SOINS		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

Docteur Wafa CHAFIQ-FILALI

الدكتورة وفاء شفيق فلالي

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

اختصاصية في أمراض الغدد

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

وداء السكري والكوليستيرون

Perturbations Hormonales

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

Ménopause - Andrologie

الاضطرابات الهرمونية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le الدار البيضاء، في

04/02/2021

KHARBOUCHE SAMIRA

13140X6

- Levothyrox 50µg
1 Comprimé, /J X 6MOIS

Dr. W. CHAFIQ-FILALI
ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE
51, Bd. Rehali El Mouskini
CASA - Tel : 05.22.44.31.77

T = 801610 an

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH