

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 caractère personnel.

N° W19-438376

Dos n°
63445

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
5578

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUZARIF ZAFRA

Date de naissance :

25/03/1962

Adresse :

16 RUE ALAOUKHEUR, APT 7

Tél. :

0663285197

Total des frais engagés :

MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SADIK Fouzia

Médecin

104 Rue Mimouza Hay Erraha

5 MARS 2021

Tél: 05 22 38 57 57

03 MAR. 2021

Date de consultation :

BOUZARIF Zafra

Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lui-même

Conjoint

Coliphe

Summeage

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03 MAI 2021	AC.	01.	200,00	INP : 7825924 Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Nav Erraha Tél. 022 26 59 51 La- Jbia

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CHAOLY SAMIRA</i> El khourane Beauséjour 05 22 39 89	03/03/2021	568,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 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 border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	G													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				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 SADIK Fouzia

Médecine Générale
Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
P.P.V : 37DH10
6 118000 011255

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.C.P. : 245,00 DH
Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament
CEN N° : DA2018706751DMP/20UCA/Mav3

جدة المدارس سابقاً

- بوصيور

05 22 36.58.91

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubbar bneu al esauem roches
noirs casablanca
INEXIUM

Op GR

40 mg
Bouteille 14
641/15DMP/21NRP P.P.V : 123,60 DH
6 118001 020507

Casablanca, le :

03 MAR. 2021

الدار البيضاء ، في :

Mme BouzARIF Zahra

SV

37,10 - Peridys (Sip 913)

23,60 - Zes 3fais / avant
Inexium 40mg (013) SV

Tcpl - The 2g x 14 =
Deroxat (013) SV

Tcpl - aps le Flou -

Al florex (013) SV

Agel le bon SV

Librax (013) SV

2ep le bon SV

Addikira =

Xintamine Tcpl - aps le Flou

79DH00

05.2023
L 2000530

4 026466 004907

Pharmacie du CAF
1 Rue Al Oukhouan
Casablanca - Tel 05 22 39 89 73
Mme C. A.
1 Rue Al Oukhouan
Casablanca - Tel 05 22 39 89 73
AMIRA

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza Hay Erraha
Tel. 05 22 36.58.91 Casablanca