

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.

Diologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 064361

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07142

Société : RAN 66142

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BADI DI ABD

Date de naissance : 19/10/1966

Adresse : 30, Rue Hamoudi Jdid Darrif

Tél. : 3662391439

Total des frais engagés : 13 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/03/2021

Nom et prénom du malade : BADI DI ABD

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : épilepsie suivi

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 4.3.2021 | visite | 1 | 2000 u. |  |
| | | | | Dr. A. S. D'Souza 1, Marca do Bento 225-28-02 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE L'ATTAR Dr NABIL PHARMACIE Docteur et pharmacien Nabil Casablanca Rue de l'Attar, Casablanca | 04/03/21 | 266.40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

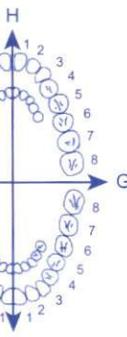
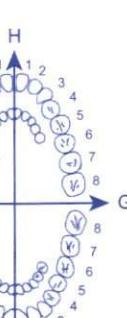
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---|------------------|---------------------|-------------------------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|-------------------------|--|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | 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

الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة
خريجة كلية الطب ببارباد

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa
Diplômée de la faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE
Expert assermentée près des tribunaux

Nom: NADI Di Aoud

14.00 x 2

$$1) \text{ Ddihm } 19 \text{ zl} \\ 19.70 \quad \underline{19 \rightarrow 1- M 20} = \text{ ahd}$$

$$2) \text{ Azi } 500 \\ 60.00 \quad \underline{1915 / 35} \\ 3) \text{ Azi } 500 \text{ U} \\ \underline{12915 / 65}$$

$$4) \text{ edes } \text{ (S.A)} \\ \underline{19 \text{ ahd d - d}}$$

T = 266,70

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa
Médecine Générale
66, Rue Ahmed Barakat
Tél: 05 22 25 28 07

Casablanca, le :



PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2527

AZ 14.00
PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2527

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3103

AZ 500 mg
Aztreonam
Boîte de 3 comprimés
PPV: 60.00 DH
6 118000 190097

PPV 99.00 DH

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
16, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél: 05 22 98 42 72