

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.

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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Déclamation : 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 personnelles.

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° M20- 0005335

70751

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAYADI MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0676099797

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. YOUSSEF ALLALI
Cardiologue Internist - 1
Rue VAL ROSE - 10. Rue Mohamed Ben Abdellah
Place AL YASSIR et Rue Mohamed V Belvédère
Tél / Fax : 05 22 24 13 71 - CASABLANCA
INPE : 091174714 - ICE : 001940020000042

Date de consultation : 24 FEV 2021

Nom et prénom du malade : LAELACH NADIA (ep) BAYAO Age: 1352

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HGA

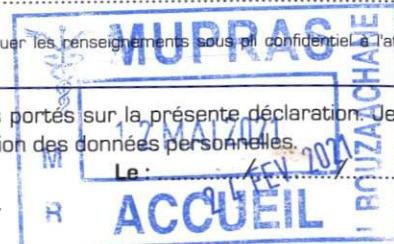
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FASSII Route de Jajda KM 18. Ouled Aissaouz CASA Tel: 05 26 31 11 52 06.05 45 73 14	26/10/2011	9.26, 30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des scas.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533411	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur Youssef ALLALI



الدكتور يوسف علالى

Cardiologue interventionnel

Ancien cardiologue des hôpitaux de Paris

Diplômé des Universités de Paris en Cardiologie interventionnelle

أخصائى فى العمليات التدخلية للقلب و الشريان

حاائز على دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين بجامعة باريس
حاائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب و الشرايين بجامعة باريس

Casablanca le :

Mr. LARLACH and co Bayard

6930

ijNATIspany

SV

151603
2 HAKKA
SOU DE
2

199,00
31

Deeds to: 1865

Pratique de

3 next

996,30

PHARMACIE FASSIH
Route de Jadida KM 18
M'diq AZZOUZ CASA
Tel: 05.20.07.11.92.00.55 49.73.14

Sur Rendez-vous

العنوان : إقامة فال روز - ١ الطابق الثاني - زاوية شارع محمد الخامس و ساحة آل ياسر بـلـقـدـير الدار البيضاء

Adresse : Résidence VAL ROSE - A- 2^{ème} étage Angle Albert Premier (Place AL YASSIR) et Bd Mohamed V Belvédère, Casablanca

Tél : 05 22 24 13 71 - Fax : 05 22 24 13 71 - E-mail : cabinetyousseffallali@hotmail.fr

501319 a

151,60

501319 a

151,60

501319 a

151,60

151,60

501319 a

151,60

LOT 191741
EXP 07/2022
PPV 99.00 DH

151,60

501319 a

151,60

501319 a

6 118001 040148
NATISPRAY 0,30mg
Solution (18ml)
BOTTU S.A PPV : 69DH30