

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 à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-664838

92194

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1494	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DENYADMI MOSTAPHA			
Date de naissance : 03-06-54			
Adresse : 19- AVUE BAALAK ETG 2 N° 6 DENT'DIA CASA 20120			
Tél. : 06.33.30.33.63	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CADF N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
CABINET MEDICAL Dr. OUKHLIFI HAFID 1 Dr. d'Etat en Médecine Générale 59 Bd. d'Alsace Casablanca Tél. : 05 22 20 26 23	
Renkouen R. Mostapha Age :	
Date de consultation : Nom et prénom du malade : Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : 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 : **15 NOV. 2021** Le : **15 NOV. 2021**

Signature de l'adhérent(e) : **Mostapha**

Mostapha

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
1 Novembre 2023	Consultation	1	80.000 Dhs	INP : 123456789 CABINET MEDICAL Dr DRIDI HAFID Docteur en médecine Générale 50 Bd d'Alsace Casablanca Tél : 05 21 30 26 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

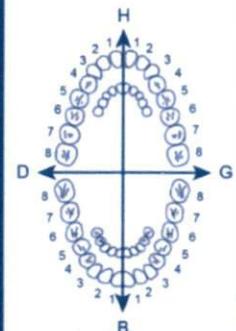
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CASABLANCA 10 BOULEVARD 05 20 31 21 11 CASABLANCA</i>	11.11.2021	194,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
CERTIFICAT DE LA FEDERATION
INTERNATIONAL DU DIABÈTE ET DE U.E.M.S.
ECHOGRAPHE
ECG

الدكتور حفيظ أو خليف

طلب رئيس ساقا بالقوات المسلحة الملكية

عضو منتسب للجمعية الفرنسية

الأوروبية لأمراض القلب

عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشريانى

شهادة من الادارة الدولية لداء الـ

الأوروبي للأطباء الأخصائيين

الكشف بالصدور

Casablanca, le

A'zelkastie. Mustagh

57,70 Aldactone 342
Alphagard 27 mg
AS

160,00
10 John
 $\frac{1}{2} y$: 10
AS
my
work.

47,80

- Dazén

114,30 x 2 = 228,60

- 10% MZ 21.

~~AS~~

~~ACM 2~~

~~ACM 2~~

Deux min'

494,10



→ 114,30



→ 114,30

PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80 DAZEN



2.5mm/mV 25mm/s HF·DF

890

mm/mV 25mm/s HF·DF

HR : 68

10mm/mV 25mm/s HF·DF

I

1 Nove 2021

/R

v1

