

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

N° W21-649808

92805

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10513	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LOUAFI SAID			
Date de naissance : 16/04/1971			
Adresse : LOT BLAD ATTAFA 154 OULFA			
Tél. : 06 10 86 65 86	Total des frais engagés : 599,120 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Docteur Adil FAITALLAH
Pédiatre
Groupe Résidentiel Al Firdaus
60 Ch 7 RDC Oulfa-Casablanca
Tel: 05 22 91 00 33 - Urgences : 06 66 45 76 87

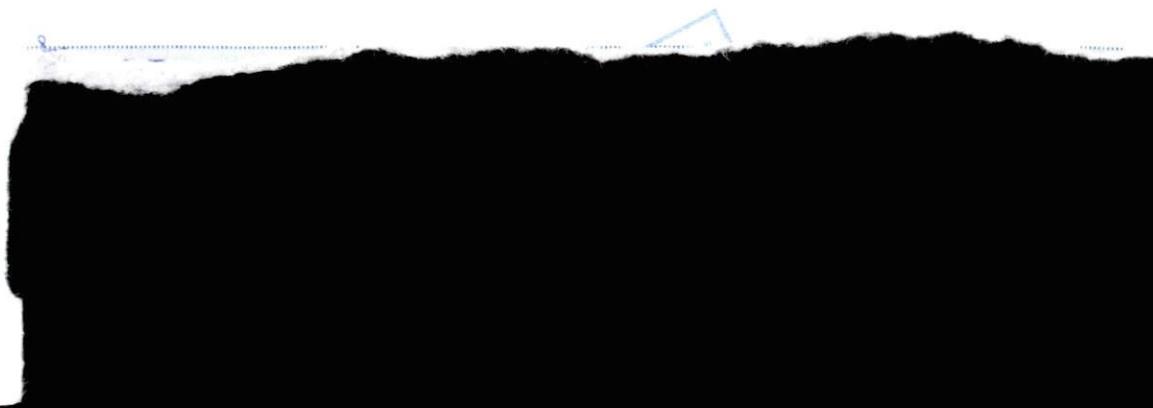
Cachet du médecin :			
Date de consultation : do 11/12/2021			
Nom et prénom du malade : Louafi SMITH	Age : 12/91/1		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Tout
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : **CASA**

Le : **22/12/2021**

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
9/11/2021	C	1	25.-	INP : 09104882 Dr Adil FATHALLAH Pediatre Centre Al Firdaous Imm. Montant de la Facture : 65 Ghs / PDC Citta Casablanca Tél : 0522 91 36 67
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
<i>Dr Bennani J.A. 20/11/2021</i>	20/11/2021	272.-20		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	

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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p style="text-align: center;">[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"/>															

Docteur Adil Fath Allah
Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Roch
Ex. Chef du service de Pédiatre Hôpital Hassani



الدكتور عادل فتح الله

اختصاصي في أمراض الطفل والرضع
طبيب سابق بمستشفى الأطفال ابن رشد
رئيس سابق لقسم الأطفال بمستشفى الحسني

LOUAFI

GHTA

Pd = 15g

80.00

PPV: 80DH00
PER: 09/24
LOT: K2539

Pharmacie IAM
Dr. Bennani Jaafar
102, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522.91.00.30 - Gsm: 06.66.48.76.67

20/11/2021



1) AZEX Sirop 150g

Appelle de 18/11/2021
Pd = 15g

LOT: 210547
DLR: 09/2024
69.00DH

69.00

2) Docrox Sirop



1 Cuv. 3xg Pd 15g

37.00

PPV (DH):

LOT N°:

37,00

3) ALERG Sirop



Acini le 5ex

30.80

LOT: 7019
UT. AV: 02-26
P.P.V: 30 DH 80

29.00

LOT: 3033
UT. AV: 08-23
P.P.V: 29 DH 00

4) TRIMEDAT Sirop



Docteur Adil FATH ALLAH

Group Fasidou Al Firdaouss Imm.
Oulfa - Casablanca
0522.91.00.30 - Urgences : 06.66.48.76.67



5) NUS. Sirop

Appelle de 18/11/2021
Pd = 15g

en face Commissariat Firdaouss - Tél.: 0522.91.00.30 - Gsm : 06.66.48.76.67

26.40

5J Tebret cfc



epicrphy

272,20

Docteur Adil FATHALLAH

Pédiatre

Groupe Fesidet Al Firdaouss Imm,
65 Gh 7 RDG Oued-Casablanca
Tél : 0522 91 00 30 - Urgences : 06 66 48 76 87

PHARMACIE TAM
Dr. Benmali Jaafar
202, Bd Oued Sghir - Oulets
CASABLANCA - MAROC