

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° W21-630788

94763

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	881	Société :	AT
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BELHITI SOUAD	
Date de naissance :		02/01/43	
Adresse :		Sous le VAKAIDEL eil Casablanca	
Tél. :	0666760613	Total des frais engagés :	1207,30 DHS

Autorisation: CNDP N° : AA-215/2012	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :	1/10/2012		
Nom et prénom du malade :	BELHITI SOUAD		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	GYNÉCOLOGIE		
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 : 06/09/2012
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
07/09/2011	Acte x		3000 F	INP : bpu1109B1R0 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KAUMIRI 21, Rue Ahmed KADOUR Site Plateau Lycée Al Waha 022.59.43.96 - Casablanca	7-3-21	407,35

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

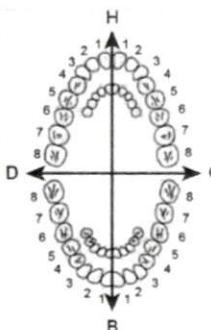
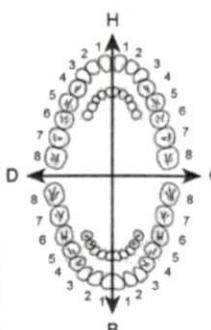
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">B</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">0</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; width: fit-content;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: right; padding-right: 5px;">25533412</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: left; padding-left: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: left; padding-left: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: left; padding-left: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: right; padding-right: 5px;">35533411</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: left; padding-left: 5px;">11433553</td> </tr> </table>				H			D	G		B			0	0	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																							
	D	G																						
	B																							
	0	0																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
				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																								

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : ... 07/09/2021 ..

% 0,0 كريم

LOT : 123
PER : JAN 2024
PPV : 32 DH 50

Mme Belghiti Souad

130,50 CANAFLUCAN 150

1 cp par semaine (pendant 7 semaines)

LOT : 1074

PER : 05 - 23

P.P.V : 131 DH 90

51,50 PEVAGINE ovule

1 Ovule le soir (pendant 6 jours)

31,50 PEVAGINE crème

1 application, matin et soir (pendant 8 jours)

32,50 DIPROSONE crème

1 application, matin et soir (pendant 8 jours)

89,50 SEPTIDOL 8

Toilette matin et soir

PHARMACIE ZYMA
27, Rue Ahmed KADMIRI
Cité Plateau Lycée Al Waha
Tél : 022 88 43 95 - Casa

51,50

31,60

Dr. LAYACHI
Faouzia
Gynécologue
Obstétricienne
Casablanca
Tél: 05 22 98 66 11 * 73