

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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

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.

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

96952

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016318

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7998 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAZOUK TOUNSI

Date de naissance : 20/08/56

Adresse : 12em

Tél. : 0661510246 Total des frais engagés : 2678,30M Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/09/21

Nom et prénom du malade : Farouk Tounsi Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + HTA + Hypothyroïde

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

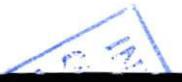
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : WAT

Le : 21/12/21

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/09/20 C | - | 140 | 140 | CCUS L'ordre de la Chambre régionale d'Amiens informe que M. BLANC, Dr est un membre de l'ordre. |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| TE PHARMACIE ALMA Casablanca - Tél: 0524 93 10 20 | 25/09/21 | 2678,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |

(Création, remont, adjonction)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|---|---|---|
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">H</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">D</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">B</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">C</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">F</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | D | G | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | B | C | F | COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS |
| H | D | G | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| B | C | F | | | | | | | | | | | | |

Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الدكتورة لطيفة بوضاض

الطب العام
دبلوم جامعي في داء السكري
الطب العام

بيضاء



Casablanca, le : 25/09/21
ساعة، في :

Farek Tariq

24,40 x 3

- levthyrox 100

(S.V.)

37,00 x 3
- Janet

(S.V.)

57,00 Novorapid.

Novorapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 57,00 DHS



84,70 - Dipegran forte

(S.V.)

149,70

PPV 149 DH 70
PER 10/24
LOT 22093

tttade

ABNACIE HAMZAD

CLINIQUE HAMZAD
Casablanca N° 3 Lot 54
ca. 700 g/22 93 10 24

149,70

PPV 149 DH 70
PER 10/24
LOT 22093

PPV 149 DH 70
PER 05/24
LOT 21407

- Aldategic

3570x3^41 T



- Kardegic 151 T



- Panakan

21.30 Mex 21 T

Prayol 20g
1 gel T



~~PPV: 96DH00
PER: 09/23
LOT: K1709-2~~

STE PHARMACIE HAMZA
Casablanca
Lotis, Haj Jallil Roudad N° 3 Lot 64
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

Dr BOUAFAD Latifa
Médecin Général
Lotissement Jemaa
Chouaïba Casablanca
Tel: 05 22 97 22 94

71.30

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSC MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189