

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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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 |

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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 069374

Yousfi

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2765 Société : R.A.D.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SOUSSI Balaïfa

Date de naissance :

30/6/1947

Adresse :

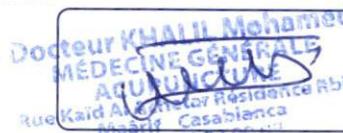
Av. Driss SLAOM Rue Bourguiba
Maisa 106 CASA

Tél. : 0661376625

Total des frais engagés : 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2022

Nom et prénom du malade : SOUSSI Balaïfa

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Grippon rhino

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 : Casa

Le : 01/02/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/02/22 | C | 1 | 200,00 | Docteur KHALIL MONDOU MÉDECIN GÉNÉRAL ACADEMIE rue Khalil Mondo Maison Casablanca Tél. 0527 23 00 03 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEMMAMA El Phare Residence Taghzout Tel.: 05 22 32 28 67 | 01/2/22 | 9240 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalil Mohamed

DIPLOME DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE DE PEKIN
Laureat de la faculté de Médecine
Traditionnelle chinoise de Pékin
ACUPUNCTURE

MEDECINE GENERALE

Rue kaïd Al Achetar Résidence Ribh
3^{ème} Etage - Porte A - Maârif
Tél.: 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56
Aut. N° 8059
CASABLANCA

الدكتور خليل محمد

خريج كلية الطب بيكون

خريج معهد الطب التقليدي الصيني، سكين

الوخر بالابر

الطب العام

زنقة القائد الأ شطر إقامة ريح الباب أ - المعاريف الطابق الثالث

Tél.: 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56

رخصة رقم 8059

الدار البيضاء

الدار البيضاء، في Casablanca, le 01/02/22

$\eta \approx$ fourpi BA + i J_A

9243

AbdolR vte

$$A_{app} \propto 2f$$



PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Phar. Residence Taghazout
Tel.: 05 22 23 22 22

ARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare. Résidence Taghzout
Casablanca - Tel.: 05 22 28 67
ADO
PPV

**ADOLOR GEL
PPV 92.40DH**

KHALIL Mohamed
AL-RAFIDAH COLLEGE
JARUNIYA
Khartoum, SUDAN
Serial No: 05222