

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W21-623537

1-83 WU

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1808	Société : R.A.R		
<input type="checkbox"/> Actif Retraité	Pensionné(e) 00	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ALNOUZANI Bouleha			
Date de naissance : 1946			
Adresse : Habtielle			
Tél. : 0604951371	Total des frais engagés : 860 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
18/03/2022			
Date de consultation : 18/03/2022			
Nom et prénom du malade : ALNOUZANI Bouleha			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : Dematose			
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 : **DYSA BLAVERA**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **18/03/2022**

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
14/03 2022		0	1 = 200,00 Dhs	INP : 14032022 Signature : Dr. A. B. C. Date : 14/03/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ZEKRI Abdellati DOCTOR PHARMACEUTICALS Casablanca - Tel: 0522 90 51 ICE: 002 31220066	14/03/22	66.00,60

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 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"/>
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	G			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	B			
		[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

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوى ف سكينة

Médecine Générale

Diplomée en Echographie
par l'Université Hassan II

Médecine de travail

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني

طب الشغل

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdellati
Docteur en Pharmacie
Casablanca - Tel: 0522 90 51 13
Bd. Oued Moulaya El Oulfa
Tél: 00229 122 000 0071

Casablanca, le:

14/03/2022

الدار البيضاء، في :

Al Dargani Rachida

Al Oulfa

502,00

1) Anglomucel 800cp ~~2~~
~~1cp x 217 approx = 2~~

28,80

2) Vibant but Up ~~10~~
~~Mr X 031 approx = 10~~

22,00

3) Cetol cp ~~2~~
~~14 x 87 approx = 2~~

Dr. ARAFA ALAOUI F. SAKINA
Médecine Générale
Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N° : 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83
E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000043

شارع واد سبو - زنقة 174 - رقم 65 - الالفية - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 91 12 77 - المخمو : 06 61 31 09 83

Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N° : 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000043

i) Zadek 8
~~Mitt x 21 < 5 / 10~~

~~25,00~~ 5) Cycloria Crews (a) Privat

~~52, Auf 14 J~~ ~~= 5~~

To 660,60

INP 09

PHARMACIE WILAYA MOULOUY
ZEKRI Abdellatif
Bac+3 en pharmacie
Bac+3 en médecine

~~800 mg~~

LOT 19D072
EXP 11/22
PPV 502DH00

9508

A standard linear barcode is positioned horizontally across the page.

PPC
LOT
EXP

E23 107
SER 11
P0 72

28,80

~~LOT 210385
EXP 12/2023
PPV 52.80DH~~