

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.

N° W21-721192

121380

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1283 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHAIBI Ali

Date de naissance :

01/11/1990

Adresse :

3 Rue Riom Rue Natura de Penville App 26

City :

Casab

Tél. : 0668909098

Total des frais engagés : 222,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/11/2022

Nom et prénom du malade :

Ghaibi Ali

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleurs de l'épaule (générale)

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 :

Le : 07/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de m^e l'adie

N° W21-721192

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
1/7/22	cc.s		392.225	INP : 03A1G66GA Dr. BENNANI FAYCAL CHIRURGEON D'ORTHOPÉDIE DU SPORT

attestant le Paiement des Actes
INP : 03116666
Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
CHIRURGIE DU SPORT
NICES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie Et Aouta 105, bd. Bourguiba - 33380 Tél : 05 56 22 44 21 / 71 / 72 - Fax : 05 56 22 44 21</p>	01/07/88	43250

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"/>
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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



Groupe de Chirurgie Orthopédique
et de Traumatologie du Sport

Date :

01/07/2022

Pharmacie	Maha El Aoud
Argane	Distributrice en Pharmacie
199, bd. Bourdakoff - Casablanca	
Tél. : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 19 18	



Ordonnance

MR GHARBI ALI

Dr MAHRAOUI M.A

Chirurgien
Orthopédiste

Dr ACHARGUI A.

Chirurgien
Orthopédiste

Dr BENNANI . F

Chirurgien
Orthopédiste

- **Prazol 20 mg**
1 Gélule, matin, pendant 14 jours
- **Arcoxia 90 mg**
1 Comprimé, soir, pendant , 14 jours
- **Dulastan**
1 Comprimé, matin, soir, après les repas,
pendant 14 jours
- **Newflex Cooling Gel**
1 application, matin, midi et soir sans
masser pendant 21 jours
- **Glaçage**
30 minutes le soir.

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTG

3881 6 118001 160044

Arcoxia 90 mg
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTG

3881 6 118001 160044

ISOPHARM

NEWFLEX
COOLING GEL
99.90 DH

PPV : 520DH80
PER : 06/24
LOT : L1070-2

Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
INPE 091 66660
105. Bd. 02 Mars, RDC
Casablanca