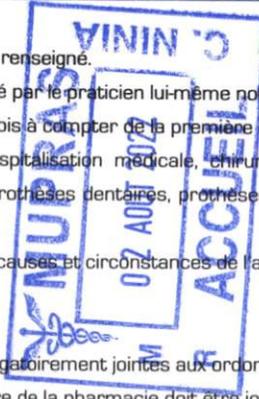


RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019201

124467

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050 Société : RETRAITE
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL-ARRAK ABDELKRIM
 Date de naissance : 1950
 Adresse : 17, rue ATHENE 2 MAR, CAS.
 Tél. : 062343962 Total des frais engagés : 56370 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28 JUL. 2022
 Nom et prénom du malade : ELARRAK ABDELKRIM Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : App digestif Proctologie
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie
 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 : CASABANCA Le : 01/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

RELEVÉ 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
2-8 JUIL. 2022	VISITE		250,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/22	363.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

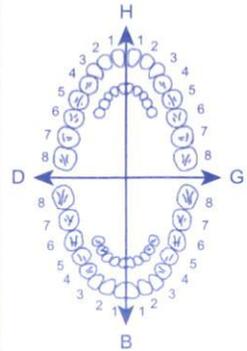
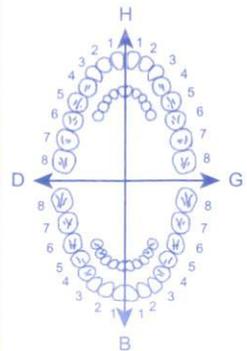
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																									
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			G	00000000	00000000	00000000	11433553	35533411	00000000	11433553		B					Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552	00000000	00000000																								
	D			G																								
	00000000	00000000	00000000	11433553																								
35533411	00000000	11433553																										
B																												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

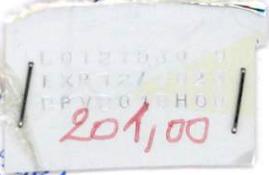
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Diplômé de l'Université Montpellier 1 France
DIABÉTOLOGIE
Membre de la Société Francophone de Diabétologie
- Diplômé de l'Université Sidi Mohamed ben Abdellah
NUTRITION - DIETETIQUE MEDICALE
- Diplômé de l'Université Montpellier 1 France
ECHOGRAPHIE CLINIQUE
E.C.G.

- دبلوم جامعة مونبليي 1 فرنسا
أمراض السكري
عضو الجمعية الفرنكفونية لأمراض للسكري
- دبلوم جامعة سيدي محمد بن عبد الله فاس
التغذية و الحماية الطبية
- دبلوم جامعة مونبليي 1 فرنسا
الفضص بالصدى
تخطيط القلب

Casablanca, le : 28 JUL. 2022 في الدار البيضاء ،

113.00 ELAZRAK Abdelilah
Rauiphex 20
201.000 Zati eja
Daflon 1500
49.00 Euprofen
363.00
Kappel



WWW.CABINET LISBONNE NADIA
SARCAU
Mme. TAZI NADIA
Abdeslam Khatabi Casablanca
Tél: 05 22 83 02 75 / 05 22 28 33 76

ST. EL AZRAK Abdelilah
OMNIPRATICIEN- ECHOGRAPHIE
DIABETE-NUTRITION - E. C. G
N°4, Bd. Ali Yata, Dar Essalama H.M
Tél: 0522 61 12 61 - Casablanca