

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

1K3390

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 11048 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : MARZOUKI Chawifa

Date de naissance : 22-02-1975

Adresse : Habitatelle

Tél. : 0643146800 Total des frais engagés : 370,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2023

Nom et prénom du malade : Ahouja Nissa Hossna Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Migraine

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 : CPSA

Le : 08/03/2023

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
17/02 2013	60	1,0	150 m	Dr. MEDICINE DOCTEUR Mme. Muriel BOURGEOIS Signature : Muriel Bourgeois Date : 17/02/2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
17/02/2023	LR = 220,30	<p>Pharmacie MAY KARAM CASA 98, BIS AV. G. Hay Karam. Q.T. SIDI BERRHOUSSI CASA TEL: 0522 35 93 82</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 de l'ODF.

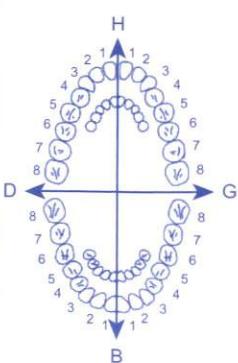
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficient des travaux	
					Montants des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

MASTICATOIRE

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



AMM N° 306 DMP/21/N

Dr Khalid BOUHAIK

Lauréat de la Faculté de
Médecine de Casablanca
Médecine Générale
Les Urgences
ECHOGRAPHIE • ECG
Oxygènothérapie



الدكتور خالد بواپيك

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام . المستجدات . الفحص بالصور

تخطيط القلب . أوكسجين

Casablanca, Je.

17/02/23

الدار البيضاء في ..

Dr. Khalid BOUHAF
INF GENF-112
3:15:00 AM 15/12/1998
All rights reserved
© 1998 Infra-Red India Inc.

2a 72,00

Uniglio too

~~Around the Hibbs' house~~

- 220, 30

LOT 224387
EXP 08/24
PPV 72DH00

LOT 224386
EXP 07/24
PPV 72DH00

$\text{HO}_1\omega$

7 Lakehead

1-631
20 yrs

SV

21,00
.)

Fisher

3/11 "Til
but

三

15,30
7

detang taught

٤

32, Allée des Muriers Aïn Sebaâ - Casablanca. Tél.: 05 22 35 06 75 • GSM : 06 62 12 61 36

FEBREX®

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques



Voie Orale

PHARMED | LOT : 4584
UT.AV: 11-25
PPV : 21DH00