

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° W19-592428

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4443	Société :	<i>(Handwritten note: 60x60)</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>(Handwritten note: 60x60)</i>
Nom & Prénom : YOUSSEF			
Date de naissance : 02-10-61			
Adresse :			
Télé. : 0671010084	Total des frais engagés : 142,20	Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : **caïda**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **14/01/2011**

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
31/11/23	Chirurgien	Contrôle	INPE : 1825. Anoual 66.50.05 Tél : 03 22 66 50 05 INPE : 091165340 ICE : 001745623000091	Khalid BEN Chirurgien

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ville Joyeuse Dr Hamilton Lyna Perle Nouaceur Tranche 4 Imm 9 Rdc n°2 Casablanca - Tel: 0520 28 88 31 ICE: 002677277000055 INPE: 092111467	09/11/2023	14.2.20

ES - RADIOGRAPHIES	
Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AIRES MEDICAUX				Montant détaillé des Honoraires
Nombre				
A M	P C	I M	I V	
			
			
			
			
			

Authorised medicinal product N°: 3400932886227
List I.
No special condition for storage

LOT : A51806
EXP : 12/2025

maphar 
 Boulevard Alkmaïd n°6
 Quartier Industriel Sid Béchir Casablanca - Maroc
FORTRAN SAC B4
P.P.V. : 142,20 DH

FORTRAN S

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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				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														

Dr. Khalid RZAL

Chirurgien Spécialiste

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)

Chirurgien Viscéral

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

* Chirurgie Viscérale * Chirurgie de l'Obésité
* Chirurgie Digestive * Chirurgie Cancérologique

الدكتور خالد أرزال

جراح متخصص

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

جراح بمستشفيات فرنسا (سابقا)

* الجراحة العامة * جراحة الجهاز الهضمي

* جراحة السمنة * جراحة الأورام

Casablanca, le ٥٩/١١/١٢ الدار البيضاء في

INSTITUT EL AÏCHA

Pharmacie Ville Joyeuse
Dr Hamidou Lyne
Perle Nouveau Tranche 4
Imm 9 Rdc n°2, Casablanca
Tél: 0520 28 88 31

١٦٢, ٢٠

فونس

٤ - ٣

ل سداس ١١, ٦

XL

٣ دم - ٦ ١٦ / ١١ / ١٢

(S.V)

١٦٢, ٢٠

Dr Khalid RZAL
Chirurgien Spécialiste
182, Boulevard Anoual - Casablanca
Tél.: 05 22 86 50 05 - M: 05 22 86 50 05
E-mail: khalidrzal6@gmail.com

SUR RENDEZ-VOUS

- Dernière page

1 2 3

- Durée de la séance

1 2 3 - 1

DRAZAL RZAL
Spécialiste
d'espionnage
Orbital 1234567890
123, rue de Paris 75000 Paris
Téléphone : 01 45 34 21 00
Fax : 01 45 34 21 01
E-mail : info@drzal.com
Site Web : www.drzal.com