

**RECOMMANDATIONS
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS**

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 opticien doit être jointe à la feuille de soins.

Reéducation :

- 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.

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



Déclaration de Maladie

M23-014108

193916

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1537 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : TAZ

Date de naissance : 03/09/1950

Adresse : Champs/Corus 3006 Fst Agdal

Tél. :

Total des frais engagés : #275,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/2011

Nom et prénom du malade : M. TAZI M. Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Depression

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 : Casablanca Le : 02/01/2012

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
28/12/2023	€ 150,00			DR DERROUCHMED BABA MEDECINE GENERALE SIS, AV IMAN... TEL : 06 7...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.12.23	 125.5-

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	
	28/02/23		PC	S/C	-	15 DH

BELEVE DES FRAIS HONORAIRES

RELEVE DES TRAITEMENTS
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte et le résultat en indiquant la nature des soins.

Important:

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses et le traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

ET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

عيادة مبارك للعلاجات الطبية
CABINET MÉDICAL M'BAREK

Docteur Med Badr Derrouich

Médecine générale

Diplômé de la faculté de médecine

De Cologne Allemagne

Ancien médecin Hôpital Kleve Allemagne

Service d'Urologie et Circoncisions

Echographie

الدكتور محمد بدر الدرويش
الطب العام

خريج كلية الطب والجراحة كولون ألمانيا
طبيب سابق بمستشفى كليف ألمانيا
قسم جراحة المسالك البولية والختانة
الفحص بالصدى

Fès, le 28/12/2023

Ordonnance

M² Tari Mohamed fes col

125.30

1) Vaxigrip Tetra

1/5 S.C

2) lexomil 6

1cp /



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain seba Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH
Barcode: 6 118001 082247

10, Rue Imam Ali-Fès (V.N)(à côté de l'ONE) فاس(م.ج)

Tél: 05 35 62 68 60 - Urgence: 06 20 23 66 46