

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et A.D.

- 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 | adhesions@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.



Declaration de Maladie

N° W21-827985

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03705 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SAFFIH Abdelkader

Date de naissance : 01-01-1959

Adresse : Rue 88 n° 17 groupe C Eloulfa Casablanca

Tél : 0661942146 Total des frais engagés : 306,50

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2021

Nom et prénom du malade : Mr Saffih Abdelkader

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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'aide du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 22/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
02/01/2024			C=don, n=65	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.01.2014	106,50

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

[illegible]

RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan.									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	TNP :					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX					
				MONTANTS DES SOINS					
				DEBUT D'EXECUTION					
				FIN D'EXECUTION					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX					
	(Creation, remonte, adjonction) <i>1 à 4 = mal thérapeutique 5 à 16 = sans protection</i>								
				DATE DE TRAVAIL					
				DATE DE L'EXECUTION					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX.

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

عرة العوي ف سكة

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
وم الفحص بالصدى
م. جامعة الحسن الثاني
الشفل

PPV: 71 DH 80

CILENTRA® 10 mg
Boîte de 14 Comprimés
pelliculés sécables



PPV: 34 DH 70
PER: 09/26
LOT: M2955

Casablanca, le : 02/01/24. في :

Saffir Abdelkade

1) Cilentra 10 mg - 14 comprimés
1/2 qd / 15 jours

2) Zepam 6 mg - 30 comprimés



1/2 qd / 15 jours

et pibese

plus

Dr. ARAFA Sakina
Médecine Générale Echographie
Médecine de travail
Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65
Tél: 05 22 91 12 77 / 06 61 31 09 83
ICE: 00210345000043