

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº P19- 0048663

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3288 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661858027 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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'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 :

Le : / /

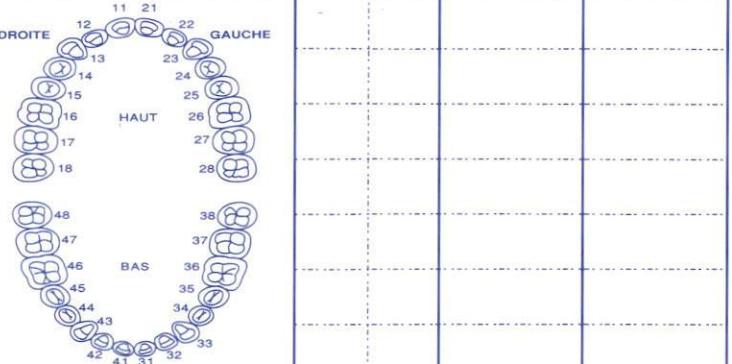
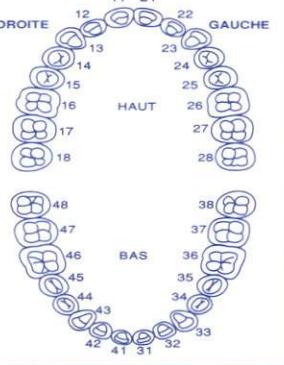
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--|------------------|-------------|--------------------------------|----------|----|----------|----|----------|----|----------|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|------|--|--|--|----|--|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|--|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------------------|---------------------------|
|  | | | | | Montant des soins | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>22</td> <td>GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>13</td> <td>23</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>15</td> <td>25</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>17</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>47</td> <td>38</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>45</td> <td>36</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>43</td> <td>34</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> </tr> </table> | | | DROITE | 11 21 | 22 | GAUCHE | 12 | 13 | 23 | 24 | 14 | 15 | 25 | 26 | 16 | 17 | 27 | 28 | HAUT | | | | 18 | | | | 48 | 47 | 38 | 37 | 46 | 45 | 36 | 35 | BAS | | | | 44 | 43 | 34 | 33 | 42 | 41 | 31 | 32 | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 |
| DROITE | 11 21 | 22 | GAUCHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 13 | 23 | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 15 | 25 | 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 17 | 27 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HAUT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | 47 | 38 | 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | 45 | 36 | 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 | 43 | 34 | 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | 41 | 31 | 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | D | 00000000 | G | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | Montant des soins | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | G | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| VOLET ADHERENT | NOM : | Mme |
|---|----------------|---|
| DECLARATION N° P 17 / 0058497 | |  |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | |

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mme 3288 |  | | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------------------------|---|--|--|----|----|----|----|-----------------------------|--|
| Nom & Prénom | | ZAHIDY Ameur | | | | | | | | | |
| Fonction | | Stew Reforé | Phones 0661258027 | | | | | | | | |
| Mail | | | | | | | | | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age | | Date | | | | | | | | | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | | | | | | | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | | | | | | | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| PHARMACIE | Date 16/7/19 | | | | | | | | | | |
| Montant de la facture | | | | | | | | | | | |
| 604,00 | | | | | | | | | | | |
| PHARMACIE EL LOTE Mme BENELLOUN NEAMA 313-04-00000000 Casablanca Tel: 022.91.00.23 | | Signature et cachet du medecin | | | | | | | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | | | | | | | | | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honora | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| CACHET | | | | | | | | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="4">Nombre</td> </tr> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> </tr> </table> | | Nombre | | | | AM | PC | IM | IV | Montant détaillé des Honora | |
| Nombre | | | | | | | | | | | |
| AM | PC | IM | IV | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| CACHET | | | | | | | | | | | |

valable 3 mois

Le 16 JUIL. 2019 /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. Z. A. A. I. Y. M. M. A. S. A. I. S. A. B. A. I.

Présente HTA Champs

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

Adm 5g Arkardel 16 (en Cardioaspirine)

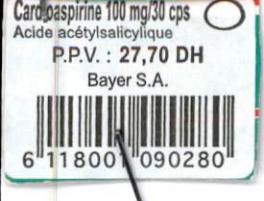
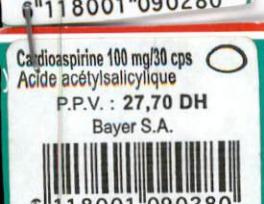
(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. I. SIBAI

CARDIOLOGUE

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

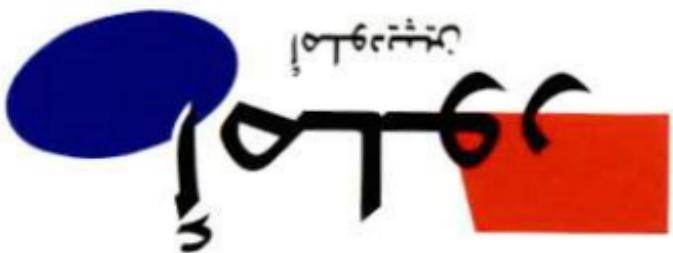
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 56

5 mg



56 COMPRIMÉS

AM洛® 5 mg

UT.AV : 0

2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 7 4 7 6 5

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 56

5 mg



56 COMPRIMÉS

AM洛特® 5 mg

UT.AV : 0

2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 7 4 7 6 5

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 56

5 mg



56 COMPRIMÉS

AM洛® 5 mg

UT.AV :

2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1274765

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 56

5 mg



56 COMPRIMÉS

AM洛特® 5 mg

UT.AV : 0

2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 7 4 7 6 5

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 56

5 mg



56 COMPRIMÉS

AM洛特® 5 mg

UT.AV :

2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1274765

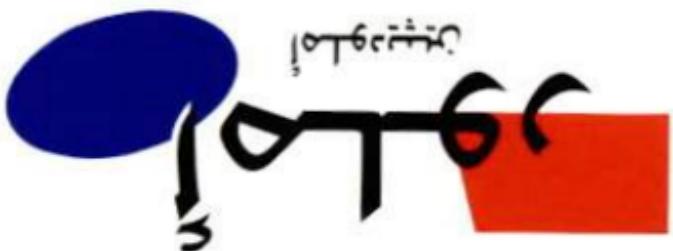
136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 56

5 mg



56 COMPRIMÉS

AM洛特® 5 mg

UT.AV : 0

2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 7 4 7 6 5

136,60

09366130/3

PHARMACIE EL LOTF

MME BENJELLOUN

313 BD OUED TENSIFT EL OULFA CASABLANCA
CASA

Taxe Profes. N°: 3600411

N° R.C. : 230302

N° ID.F. : 51506145

N° CNSS: 2110542

Tel : 910023

Fax :

MR ZAHIDY AHMED

N° ICE 51506145

Le : 16/07/2019

FACTURE N°: 1063/19

| Qté | Désignation | Prix | Montant |
|---------|--------------------------|--------|---------|
| 4 | CARDIO ASPIRINE | 27.70 | 110.80 |
| 4 | AMLOR 5MG/28 CP | 89.20 | 356.80 |
| 1 | AMLOR 5 MG BTE 56 CPS GM | 136.60 | 136.60 |
| Total : | | | 604,20 |

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
SIX CENT QUATRE DIRHAMS ET VINGT CTS

PHARMACIE EL LOTF
Mme BENJELLOUN
313 Bd OUED TENSIFT EL OULFA
CASA
TAXE PROFES. N° 3600411
N° R.C. 230302
N° ID.F. 51506145
N° CNSS 2110542
TEL 910023
FAX