

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11457	Société : RAI		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL IDRISSI AIT ASS			
Date de naissance : 01/01/1970			
Adresse :			
Tél. : 0664 7914 42		Total des frais engagés : 781,00 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Docteur ADIL FATHALLAH Cabinet Résidentiel AL Firdaus Imm. 65 CH. 7 OULPA - CASABLANCA Tél. : 05 22 91 00 30 - Urgences : 06 66 48 76 67			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : EL IDRISSI AIT ASS Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Vaccination			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS			
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.			
15 OCT. 2019			

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 : **Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca** Date : **15 OCT. 2019**

Signature de l'adhérent(e) :

1AC

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
09/09/2019	C	1	250,00	INP : 09/09/2019 Mdll FATHALLAH Maitre sous l'inv. B.C.H.7 ANCA 56648761

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture Date
	9/9/19	531,80 14.05.2019

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

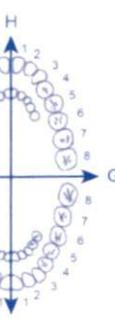
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adionction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Adil Fath Allah

Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd
Ex-Chef de service de Pédiatrie Hôpital Hassani



Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie

Suspense voor injectie in voor gevulde spuit

Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Vaccin pneumococcique polyvalent conjugué (adsorbé)

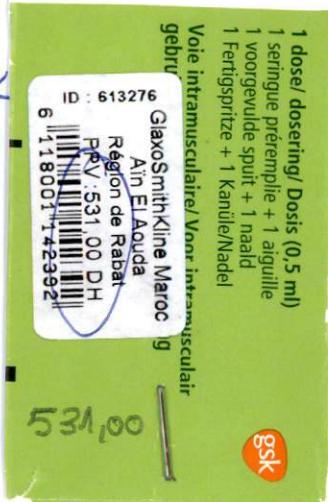
Pneumokokkenpolysacharide conjugaatvaccin (geadsorbeerde)

Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (adsorbiert)

Casablanca le : 20/07/2014

1 dose/ dosering/ Dosis (0,5 ml)
1 seringue préremplie + 1 aiguille
1 voor gevulde spuit + 1 naald
1 Fertigspritze + 1 Kanüle/Nadel

Viale intramusculaire/ Voor intramuskulair
gebrauch



Docteur Adil FATHALLAH
Pédiatre

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm. 65 GH.7
OULFA - CASABLANCA
Tél.: 05 2291 00 30 - Urgences: 06 66 48 76 67

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm. 65 GH 7 RDC - Oulfa - Casablanca (A côté du club de la RAM)

En face commissariat Firdaouss - Tél.: 0522.91.00.30 - GSM : 0666.48.76.67