

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-458169

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 00190 Société: _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom: CHOUAIBI HOUSSAINE

Date de naissance: 1933

Adresse: 11132 Moulay Youssaf CA24

Tél: 0522272259 Total des frais engagés: 40170 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation: 16 OCT 19

Nom et prénom du malade: Houssaine Chouaibi 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, communiqué aux services de la mutuelle 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): _____



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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél.: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'acte
16/10/19	C	159		INPE : 091156953 DOCTEUR KARIM GHALI Omni praticien Nutrition - Homéopathie - Phytothérapie 133, Bd. Moulay Moussa Casa Tél : 4522 20 37 96

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/10/19	251,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

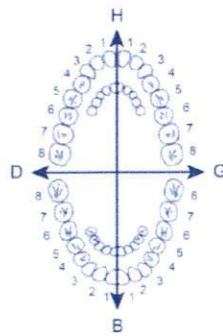
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

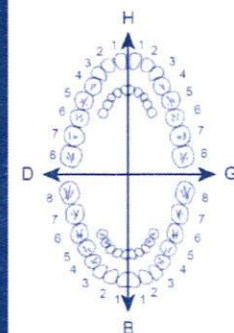
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
B		B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession



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

Docteur Karim OUALI

Nutritionniste Phyt thérapeute Homéopathe
Diplômé des Universités de Casablanca, du Canada et de France

Obésité - Coaching Nutritionnel
Diabète - HTA - Dyslipidémie - La goutte
Traitement de support homéopathe en cancérologie
Suivi nutritionnel : Intolérance au gluten - RCH - Maladie c
Méd. douce : Troubles digestifs - Anxiété - Stress - Arthre

الدكتور كريم والي

اختصاصي في التغذية، الطب الطبيعي والمعالجة المثلية
خريج جامعة الدار البيضاء فرنسا وكندا

Rhus
toxicodendron

9^{ch}



ORDONNANCE

16 octobre 2019

Nom du patient : Houssaine CHOUAIBI

LOT: 10110004
PER: 02-2021
PPV: 18 DH

- ROMAC CO 300MG B7 COMP SECA

1 comprimé par jour

- ENROUX SIROP

1 cuillère à soupe 3 fois par jour

- BOIRON RHUS TOXICODENDRON 9CH TUBE

5 granules 3 fois par jour

- BOIRON ACONITUM NAPELLUS 9CH TUBE

5 granules 3 fois par jour

- OSCILLOCOCCINUM CO 200 B6 COMP

1 dose toutes les 6 heures

Aconitum
napellus

9^{ch}



BOTTU SA
PPV: 71 DH 50

Sobrus Code



1 234567 890128

Bon rétablissement

DOCTEUR KARIM OUALI

الدكتور كريم والي
Omnipraticien
Nutrition - Homéopathe - Phyt thérapeute
133, Bd. Moulay Youssef Casa
Tél: 0522 20 37 96