

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

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Thérapie :

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

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

MD 84452

Déclaration de Maladie : N° P19-0000977

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5398 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRISS MESOUDI Date de naissance : 08/12/1961

Adresse :

Tél. : 0661 46 04 15 Total des frais engagés : 538,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr GOFTI Hakim
PEDIATRE
600, Bd Moulay Youssef
Tél. 05 22 48 60 70 - CASABLANCA

Date de consultation : 26/02/2020

Nom et prénom du malade : NEFESSA NADA Age : 36501

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/02/2020

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 Relevé des Actes
26.02.2006	S		250.00	 GOFITI Hakim PEDIATRE 600, Bd Moulay Youssef - CASABLANCA Tel: 05 22 48 60 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien Dien Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHA	26/02/2023	968,50
88, Rue Abderrahmane Maarif, Casablanca		
Tél.: 05 22 99 01 03 Fax: 05 22 99 01 03		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

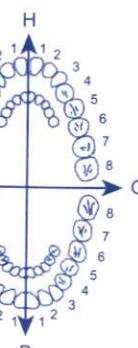
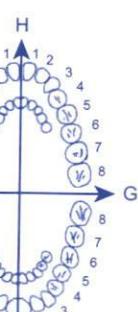
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur GOFTI Hakim

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Besançon (France)
Ancien interne des Hôpitaux
de Franche - Comté

Tél : 05 22 48 60 70
Fax : 05 22 22 73
GSM : 06 64 47 85

PHARMACIE
N. Pte Abou Abboud Al Aziz
Marif Casablanca
Fax : 05 22 224 73
GSM : 06 64 47 85
Sur Avenida A BRASILEIRA
05 22 99 07 105
05 22 99 07 03

LOT 192979
EXP 12 2
PPV 170.00 DH

LOT: 24140
PER: 1
PPV:

SB,40

T= 268,56

الدكتور كفطى حكيم
ختصاصي في طب الطفل والرضيع
خريج كلية الطب بزانسن (فرنسا)

الهاتف : 05 22 48 60 70
م : 05 22 22 74 73
ن : 06 61 14 78 85

بالموعد

Casablanca, le

2602626

Dr GOFTI ^{6 11}
~~PEDIATRE~~
600, Bd Moulay Youssef
Tél.: 05 22 48 60 70 - CASABLANCA

600, Bd. Moulay Youssef - 1er Etage - Casablanca - E-mail : hakimqofti@gmail.com

INPE 091067793 - ICE 001666569000064

Si urgence : Clinique ATFAL : 05 22 23 18 18 - 05 22 23 50 73