

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.

N° W19-512665

ND : 34020

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) ✓ 87			
Matricule :		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom BOUWALI BOUAFIA			
Date de naissance Y 10 FA GR 11 12 27 0 ASA			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. CHAFIK FOUD MEDECIN EXPERT Bd Oued Oum Errakha 35 N° 4 Oulfa Tel: 052 22 51 65			
Date de consultation : 29/06/20			
Nom et prénom du malade : RENOURIA BOUAFIA			
Lien de parenté : Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie dentaire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 JUIL 2020			
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 : **CHAFIK FOUD**

Le : **20/06/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **CHAFIK FOUD**

CHAFIK FOUD

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
29/06/20	CH	INP : 11002	155,12	DR. CHAFIK FOUAD MED. UN EXPERT 51 65 404

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE DE LA WILAYA ZEKRI Abdellatif Docteur en Pharmacie 222, Bd Oued Meknès-El Oufra Casablanca - Tél: 0522 90 51 13 ICE: 0015737 300062*	29/06/2020	155,12

ANALYSES - RADIGRAPHIES

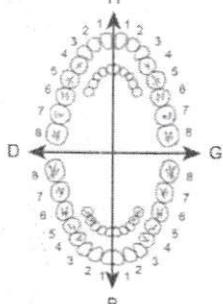
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

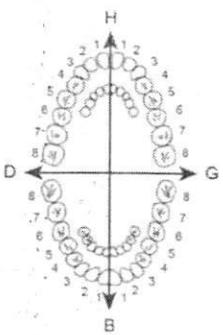
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبرير محلل لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

29/06/20

POENOSALA A. Janka

65, w

- Refluxaid stick

2 sticks indi

2 sticks for

1 stick au coudein

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdessati
Docteur en Pharmacie
322, El Oued Malouya-El Oulfa
Casablanca - Tel: 0522 98 51 13
ICE: 001573273000002



18.30

- dopram 5g

300 mg

51.50

- Reflezacint 60g

15.015

40.30

- Xanax 0.75 mg

15.015

PPC = 65,00 Dkk

200 " 220 "

GATEWAY TO LEARN

Cromoplus Phama

40,30

Lot: PEO581A
Per: 04/2023
PV: 51DH50

0285
DT : PER : FEV 2022
PPV : 20 DH 00

CLOPRA^{ME}®
Soluti^{on} b^uavable

EXP 12/2022
LOT 99015 1

PPV 18DH30

$$av'55v' = 1$$

○○○○

15