

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° W21-763312

13W377

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 10817	Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : DRIOULICHE yed SL yehdi		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés 238,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : DR. EL HAKIMI M. DRIOULICHE	
Date de consultation : 18-12-22	
Nom et prénom du malade : DRIOULICHE Nouf	
Age : 24	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Rhume	
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) : DRIOULICHE

Le : 18/12/22

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
18-07-22	G	6 6		INP : 01900047 Dr. EL BONIHI RAJAA Médecin généraliste Centre de Santé de la Cadeuc

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSKOURA Iled Ben Aïssa L'Imalha Bouskoura Nouaceur Casablanca Tel. 06 68 69 23 15	18/10/22	238,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>												
Coefficient des Travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
Montants des Soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
Début d'Execution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
Fin d'Execution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
Coefficient des Travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
Montants des Soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
Date du Devis <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
Date de l'Execution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G	00000000	00000000															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

18. 05. 22

ORDONNANCE

Docteur : Dr. EL BOUHARI RAJAA
CHU Ibn Rochd Casablanca

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML
P.P.V. : 119DH30

6 118 001 080052

Dalouiche Nour

INPE
092103860

119,30 x2

OROKEN (sirop) (enfants)



1 dose au poid 25 gr (1/2 fl)

Dolipredil susp (sirop)

1 dose au poid 100 ml

PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Ouled Ben Amar L'insalha - Bouskoura
Nouaceur - Casablanca
Tél. 35 22 59 23 15

Dr. EL BOUHRI RAJAA
CHU Ibn Rochd Casablanca

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML
P.P.V. : 119DH30

6 118 001 080052