

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-499322

134380

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10817 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : DRIOUICHE 7 et EL Yehedi

Nom & Prénom : DRIOUICHE 7 et EL Yehedi

Date de naissance : 01/01/1972

Adresse :

Tél. : 281,70 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. EYB

Date de consultation : 23.09.72

Nom et prénom du malade : DRIOUICHE lina

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Bronchite

Age : 55

Enfant :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

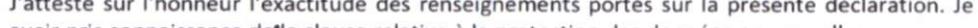
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atté

medecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 23/10/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|--|-----------------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | ICCE : 00184839600002 PHARMACEUTICALS UNIVERSITY HOSPITAL INSTITUT BOUSKOURA 23/09/12 291, 45 |
| PHARMACIE CENTRE HOSPITAL UNIVERSITÉ BOUSKOURA Ouled Ben Amar Lmsalha Bouskoura Nouaceur Casablanca tel : 05 22 59 23 15 | INN 92103860 | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

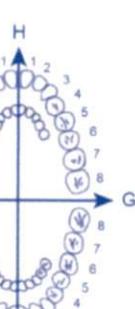
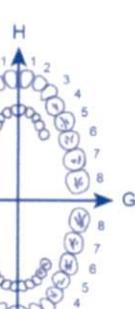
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
|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

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 d

| 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & \hline & 00000000 \quad 00000000 \\ & \hline & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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'EXÉCUTION

Casablanca, le : 29.02.2008

ORDONNANCE

Docteur : DR. EL SOUNHRAJA
CHU Ibn Rochd Casablanca

Dr. Mousa LMSA

119,30

1) stevex (risp)



PHARMACIE CENTRE HOSPITALO
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Dr. El amar Limsaïha
El Souhraja
05 22 59 23 15

17,80

1) Aspirine x 1 Met 8
au pris

TOTAL
291,20

2) Diphéthidriquine (susp)

19,00

1) Aspirine au pris des flacons

3) Metformol (susp)

45,30 x 3
PHARMACIE CENTRE HOSPITALO
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Dr. El amar Limsaïha
El Souhraja
05 22 59 23 15

4) Ventoline spray x 3

5) Ventoline spray nebulizer

Doli®
PEDIATRIQUE
PARACETAMOL

PPV 170H50
PER 01/25
LOT L139

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

6 118001 141258
VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40N
P.P.V. : 119DH30

6 118001 080052

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

6 118001 141258
VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

19,00