

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 84.82 Société : RAM 133908

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOULGOUM RI MUSTAFA

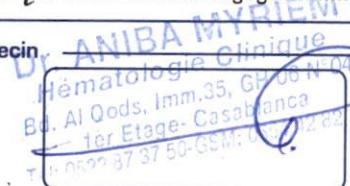
Date de naissance : 04-03-1958

Adresse : même

Tél. 0661928686 Total des frais engagés : 424.002 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/09/2022

Nom et prénom du malade : Dr. Moulgoum Ri Med Amine

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Léger se hyper tensionnelle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie serait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutualité.

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 : CA84

Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/09/22	C.S	300,00 Frs		Hématologie - Clinique de la Sante 13 Bd. Al Goods - 1er Etag - Tel: 050 07 37 50 GSM: 0604 132 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARIE MC ALLA Imala Bc 13 N°1 - Casa BP 1000 - TUNIS 13402	28.10.91.92.	T : 124,30

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

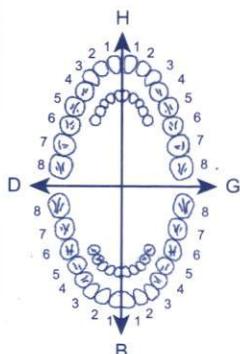
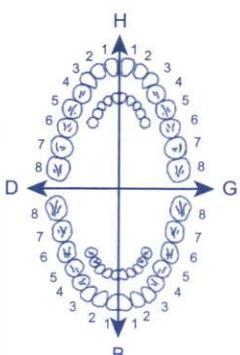
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

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
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	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

Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes et enfants)



Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

الدكتورة عنيبة مريم

أخصائية في أمراض الدم
(البالغين والأطفال)

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 28/09/22

Dr. Aoulgoumri Ned Amine

1)

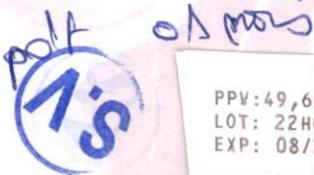
Fumafeur



PPV 25.10 DH
LOT F269 PER 03/26

25/09

2cpl/jr le matin à jeun



PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

2)

Dose forte ampoule.

1 amp / sem polt 03 sem.

12M. 30 puis 1 amp / mois polt 03 mois



شارع القدس، الضمان GH06، عمارة 35 الشقة 4 الطابق 1، الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Imm 35 GH06 N°04, 1er étage, Casablanca

Tel: 05 22 87 37 50 (Urgence : 06 64 42 82 13) Email : myriemaniba@gmail.com