

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

- 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.

3750

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 01026 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : SERBOUTI EL GHEZOUANI

Date de naissance : 01.01.1941

Adresse :

Tél. : 0767 689231 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
*CHERIF BEN MOUSSA,
RHUMATOLOGUE
44, Rue des 1370aux, Qt. des Hôpitaux
Tél. 0522 22 23 04*

Date de consultation : Nom et prénom du malade : *SERBOUTI EL GHEZOUANI* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Reflux*

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 : *N'DASSA* Le : *25 NOV 2022*

Signature de l'adhérent(e) : *N.DASSA*

ACCUEIL

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
17/07/2012	ANON LI	S2	50000	INP : 09/07/2012 CHERIF BEN MOUSSA CHUMATOLOGUE Hôpital Saint-Louis, Dr. des Hôpitaux 522 22 23 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Responsable	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DEROUA EL HAIK Fouad Pharmacien Centre Commercial Deroua Tél.: 05 22 53 21 77 Fax: 05 22 53 25 10	17/11/22	301,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				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 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	[]	MONTANTS DES SOINS []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمعافر

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le 27/02/2002 الدار البيضاء، في:

Ag sur lequel

RHUMA

PHARMACIE DEROUA

EL HAIK Fouad

Pharmacien

Centre Commercial Deroua

Tél.: 05 22 53 21 77

Fax: 05 22 53 25 10

49,80

Flagyl



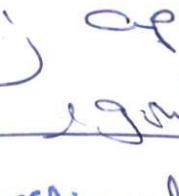
30,00

Doltran



147,00

Phenox



75,00

Lodoxophate



301,80

CHERIF BEN MOUSSA
RHUMATOLOGUE
des Urgences, Qt. des Hôpitaux
Tél. 0522 222304

44, زنقة المستعفيات (امام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف.الفاكس : 05 22.22.23.04

44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax : 05 22.22.23.04

E-mail : hasnaab5@hotmail.com البريد الإلكتروني :

H&

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH00

118000 060062

LOT : H7822
PER : 01/2027

DOLTRAM®
Tramadol/Paracetamol
37,5 mg/325 mg

PPV 30 DH 00
PER 06/25
LOT 11958
30,00

3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 271B2 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc:
1573/16/DMP/20/DM
PPC : 14,00 DH

VR2262/C10/MAR/0919

LEVOPTA 0.05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

6118001270354

PPV : 75,00 DHS

LOT/باره : H7827
FAB/انتاج : 11-2021
EXP/انتهاء : 10-2023