

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

- Reclamation : 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 : 6826 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARITI EL OSTAFA

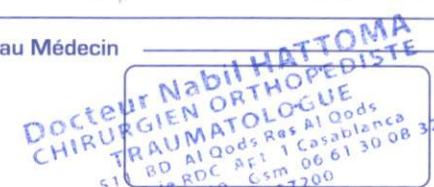
Date de naissance : 1.1.1949

Adresse : 33 LOT ESSALATA II SIDI BOUAZI CASA

Tél. : 0676794389 Total des frais engagés : 383.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/01/2023

Nom et prénom du malade : MOUTMINE AICHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : hernie lombaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA

Le : 20/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : KAT

 Docteur Nabil HATTOMA CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE 51 RD AL QODS RES AL QODS 1 Casablanca 252 52 10 091037200 Inform RDC AFI 1 CSM 06 61 30 08 32



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/01/2023	133,50

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nabil HATTOMA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique- Diplômé d'Arthroscopie
(Strasbourg)

الدكتور نبيل هطومه

اختصاصي في علاج و جراحة امراض العظام والغضاريف
جراحة المفاصل بالمنظار
(ستراسبورغ)

Casablanca le 18/01/2023

Mme MOUTMINE AICHA

60.-

EPYCA GELULE 50 MG BOITE DE 14

EPYCA® 50 mg

Prégabalin

14 gélules

PIV.: 60DH10

PROMOPHARM S.A.



6 118001 260683

22.-

CEDOL COMPRIME 400 MG BOITE DE 20

50.-

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

DIVIDO GELULE A LIBERATION PROLONGEE 75 MG BOITE DE 20

1 Gélule le matin, 1 Gélule le soir après le repas pendant 10 jours

AMM N°: 528/17DMP/21/NRQ/R1

N° Lot: 2TJ586
Fab: 01/2022 P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)
Per: 01/2025

133.5

Dr. Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
S11, Bd Al Qods Rd, Apt 1, Casablanca
Tel: 0522 52 52 10 - 0661 30 08 32

PROCHAIN RDV LE : 01.02.2023

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، الطابق السفلي، شقة 1 - الدار البيضاء

Tél: 0522 52 52 10 - 0661 30 08 32 - E-mail: n.hattoma@gmail.com