

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.

N° W21-682784

148240

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1379</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>LATIFA</u>
Nom & Prénom : <u>EL IDRISSI LATIFA</u>			
Date de naissance :			
Adresse : <u>ha situelle</u>			
Tél. : <u>0613700700</u>	Total des frais engagés : <u>1161,60</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. Amine AZIZ
Cachet du médecin :	Traumatologie Orthopédie
	INPE 091036889
Date de consultation : <u>10/01/2023</u>	Age : _____
Nom et prénom du malade : <u>EL IDRISSI LATIFA</u>	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>maladie de l'épaule</u>	Date : <u>16 FEV. 2023</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>maladie de l'épaule</u>	
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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : W/H

Le : 10/01/2023

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
16.01.16.13	Cs		80000	INP : Dr. Amine AZIZ Traumatologie Orthopédie INPE 091036889

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
PHARMACIE D'HALAK AL ALOUARD	10/01/13	1161,60	
ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

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 :
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552	G	
D	00000000	00000000	B	
	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				



وصفة ORDONNANCE

le 15/01/2023

El Edwia Latifa

Fosavance 500 mg / jour / semaine par voie orale

193,60
x 6

Dr. Amine AZIZ
Traumatologie Orthopédie
INPE 091036889

PHARMACIE AL OURAD
S. CHAHLAK HAI NASSEUR
55 AV. OULES SIDI MOUSSA ET OULES
TELEFAX : 05 22 90 53 45
Casablanca
TCE : 00154146800057

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI

4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI

4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI

4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI

4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI

4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI

4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH



Le 10.01.2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. Amine AZIZ
Traumatologie Orthopédie
INPE 091036889

Certifie que Mlle, Mme, M : datifa El Idrissi

Présente

datifa El Idrissi

Nécessitant un traitement d'une durée de:

3 mois

Dont ci-joint l'ordonnance: fcs avance

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr. Amine AZIZ
Traumatologie Orthopédie
INPE 091036889