

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0005882

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 451 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : Veuve 159660
 Nom & Prénom : Rouissi TAHRA
 Date de naissance : 11.11.1951
 Adresse : 10. ALLÉE D'Anromede PTG 1 APT 3
Tentonville CASA
 Tél. : 06 37 92 67 93 Total des frais engagés : 1570,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/2023

Nom et prénom du malade : M. ROUSSI Age : 72

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Arthrose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

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 : 01/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 01/01/2023

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
07/07/2021			250	MP: 096 Anglais Bureau 1893

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/3/23	320,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is oriented with a vertical midline. Four directional arrows are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered 1 through 16, with some numbers appearing twice (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16). The numbers are placed on the mesial and distal surfaces of the teeth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique

CNSS derb Ghellef, Casablanca

- Diplôme Universitaire de Diabétologie

Faculté de Médecine de MONTPELLIER

- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Arterielle

Faculté de Médecine de STRASBOURG

- Echographie générale

- Electrocardiogramme

الدكتورة لبني قباج

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

- طبيبة مستعجلات بصفة درب غلف المتعبدة

- التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا

- دبلوم جامعي في مرض السكري

كلية الطب مونتبيولي

- دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم

كلية الطب ستراسبورغ

الشخص بالصدى

- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 01/03/2023 الدار البيضاء في



79,30
200,40

MME ROUSSI TAHRA

- Leflox 500 mg
1 Comprimé, midi pendant 10 jours
- Clofene 50 mg - comprimé enrobé gastrorésistant
1 Comprimé, matin, midi soir pendant 3 jours
- Cysprotect - gélule
1 Comprimé, soir pendant 1 mois

ج = 329,30

LOT : 8122
PER : 05-25
P.P.V : 111 DH 00

Leflox PHARMA 5® 500 mg
Boîte de 7 comprimés
pelliculés



LOT : 5711
PER : 12 - 25
P.P.V : 79 DH 30

Leflox PHARMA 5® 500 mg
Boîte de 5 comprimés
pelliculés

