

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.



Déclaration de Maladie

M23-003214

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R00202

Société : ESC / Rabat Sale'

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAD Mbarek

163675

Date de naissance : 1925

Adresse : Secteur 4B Rue EL AZZAR N° 247 Tabiquet

Salé

Tél. : 0664551133

Total des frais engagés : 2157,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AZEROUAL Zainab
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
INPE : 101264810
Tél : 05 30 00 06 12

Date de consultation : 10/05/2023

Nom et prénom du malade : EL HADDAD Mbarek Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Trouble dépressif chronique

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 : sale

Le : 15/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : ER ACCUEIL

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.

RELEVÉ 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
10 MAI 2023 CS			300 DH	Dr. AZERQAL Zahra Médecin Spécialiste en Psychiatrie INPE : 101204070 Tél : 05 30 90 06 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA MAMORA Dr. Zakaria BENTAHAR Secteur 4, Imm. Ata Allah, N° 13 Salé, Tabriquet - Tél.: 0537 85 40 87	10/05/23	1857, 30

102073970

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



TEMESTA 1 MG
CP SEC B50
P.P.V : 23DH00

CP SEC B50

P.P.V : 23DH00

6 118000 011569

P.P.V : 23DH00

6 118000 011569

PPV:39DH80
PER: 12/25
LOT: L4244

PPV:39DH80
PER: 09/25
LOT: L2830

PPV:39DH80
PER: 12/25
LOT: L4084

ORDON

Salé le : 10 M

Mr EL HADDA

$$167,40 \times 6 = 1004,40$$

① Medizapin 05mg

$$39,80 \times 3 = 119,40$$

② Laroxyl gél: 10

$$180,00 \times 3 = 540,00$$

③ Fluoxet 20mg gél:

$$23,00 \times 3 = 69,00$$

④ Temgut 1mg: 1/2

$$51,50 \times 3 = 124,50$$

⑤ Imovane 7,5mg gél:

Dr. AZEROUAL Zahra

pharmacien Spécialiste en Psychiatrie

INPE : 101264810

Tél: 05 30 00 06 13

$$\underline{T = 1857,30}$$

Durée de traitement :

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables

6 118001 04040

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml

6 118001 040407

Fluoxet® 20 mg
20 gélules

EXP
PPV

6 118000 021681

Fluoxet® 20 mg
20 gélules

180 EXP 10 2025
180.00

Fluoxet® 20 mg
30 gélules

6 118000 021681

Fluoxet® 20 mg
20 gélules

Dr. Zakaria BIPPV

Section 4, Imm. Almanar

Salé, Tabrique - Tél: 0537

11 2025
180.00

Fluoxet® 20 mg
20 gélules

6 118000 021681

Imovane 7,5 mg
Lamotrigine milleliculés

6 118000 012368

..... 3 mois

Prochain RDV :

12-28-2023

الموعد المقبل:

صيدلية المعمرة

PHARMACIE LA MAMOURA

212-694 71 67 29

DR. ZAKARIA BIPPV

Immeuble Al Mouniria, Argent avenue Mediouna et Rue Bengir, Bureau numéro 6, 2ème étage, Bettana Salé

9000, Tabrique - Tél.: 0537 35 40 87

بنية المنتزه، ناصية شارع مدرونة وزنقة بنكري، مكتب رقم 6، الطابق الثاني، ببطانة سلا.

+212-530 00 06 13

zahraazeroual@gmail.com