

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° W21-786482

164541

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	6028	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : T. A. B. Bouazzou		
Date de naissance : 15/12/1961		
Adresse : propriété el Nam ZAH Km 21 echellalab Rabat		
Tél. : 06 61 19 86 87 Total des frais engagés : 564,- Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Dr Lamia Bouazzou Rhumatologue Rue Achi, Résidence ISMAÏL Appart. Mohammedia, Tel : 05 23 32 77 77</p>		
Date de consultation :	29/12/2023		
Nom et prénom du malade :	Toumi Bouazzou		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	gouttes		
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 :
Signature de l'adhérent(e) :



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
29/12/2023	SG		300,00	INP : 001110530 Signature : Dr. A. B. C. Date : 15/01/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LIBRE ES SIDI MOHAMED 28 28 58</i>	29/03/93	564,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
W 18.11.55 M. WILHELM						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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 (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording type of treatment)	Coefficient (Rows for recording coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Dr Lamia Bouazzaoui

RHUMATOLOGUE

Médecin Spécialiste des Maladies des Os
des Articulations de la Colonne Vertebrale
et des Maladies Rhumatismales
Echographie Ostéo-articulaire



الدكتورة لمياء بوعزاوي

طبيبة اختصاصية في أمراض العظام
والمفاصل وأمراض الروماتيزم
الفحص بالصدى

Mohammedia, le

29/3/2023

Dr Lamia Bouazzaoui

3x 188,00 Dhs x 30 g

Dr Lamia Bouazzaoui

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

564,00

Rue ASFI - Résidence ISMAIL, 1er étage,

Appartement 5 - Mohammédia - Tél.: 0523 32 77 85

Urgences: 0677 83 20 85 - المستعجلات: البريد الإلكتروني: lamia.bouazzaoui@gmail.com

Dr Lamia Bouazzaoui

شارع اسفي اقامه للتعايل - الشقة 5
الحديدة - الهاتف: 0523 32 77 85

Mohammedia