

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 1776

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zouggari

RADIA

Date de naissance :

Adresse :

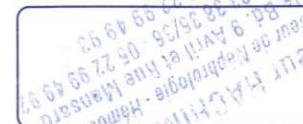
Tél. : 06 61 200 384

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/16/2023

Nom et prénom du malade : Zouggari Radia

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Zouggari Radia

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Sciatique

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 :

Le : / /

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
14/6/2023	C	2	CHF 100.00	DR. CLAUDIO KLEIN PROFESSIONEL DE LA SANTE KLEIN MEDICAL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
092038397	14/01/23	908,50

PHARMACIE LA ROTONDE

Lelis Menjra

100, Bd. Abdeimoumen

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.

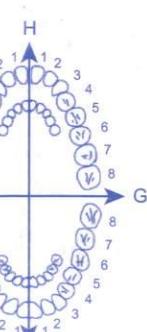
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%; text-align: right;">25533412</td> <td style="width: 15%; text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
D	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse
Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca
INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى

والتصفية الإصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

~~14/01/2023~~

Zouggari Radia

3460 X4

Labilix 291 for

14.60 + 3

Dolycane 1000 14x 21 for

105.60 Amoxil 1g 14x 21 for

22.70 + 2

Unism. ane 151 for

63.30 -

374.00 BallongyP

1 Rafenta

140.00

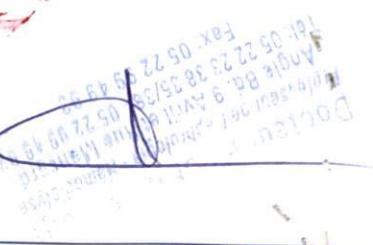
Odele



14x 21 for 908.50

191 for

141 for



Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier. Casablanca

Tél. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00 DH

LOT: 220854
DL: 00: 11/2025
63,30 DH

PHARMA5
LOT: 3260
UT.AV: 03-26
PPV: 22DH70

PPV: 103,60 DH
LOT: 651316
PER: 11/24

14,60
PPV: 14DH60
PER: 02/26
LOT: M576

14,60
PPV: 14DH60
PER: 02/26
LOT: M428

14,60
PPV: 14DH60
PER: 02/26
LOT: M576

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60

6 118000 060468

6 118001 040773
TRAJENTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A.
PPV: 374 DH 00
10010704/01