

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° W21-692808

17158

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12750		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ELWATTAN Amine
Nom & Prénom : ELWATTAN Amine		Date de naissance : 04/08/1986	
Adresse : 08 Rue Rayjana, lot AL Madania, Hay Ellouada, Berrechid.		Tél. : 0662 779840 Total des frais engagés : 486,8 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
 Spécialiste Gynécologue-Obstétricien 74, Lot Al Amal, Berrechid INPE 061011417	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	12/05/2023
Nom et prénom du malade :	ISSAAD HIBA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : Casablanca
 Signature de l'adhérent(e) : 08/08/2023



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
13/05/23				
			65	INP : 061011417 Spécialiste-Gynécologue-obstétrique 4G, Lot Al Amal, Berrechid INPE 061011417

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL IZDIHAR 49 Quartier AL IZDIHAR Bérechid Tel:05 22 32 54 61 INPE:062084447	12/05/23	362,00
	12/05/23	124,8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

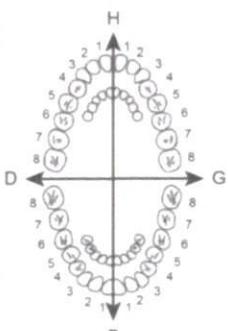
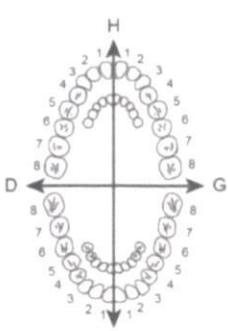
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">G</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">B</td> <td style="text-align: center; border-bottom: none;">35533411 11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411 11433553	<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G		00000000														
B		35533411 11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohammed El hejjam

**Spécialiste gynécologue
accoucheur**

Maladie du sein , infertilité du couple

Echographie , hysteroscopie , colposcopie

الدكتور محمد الحجام

اختصاصي امراض النساء و التوليد

أمراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين

الفحص بالصدى ، منضار الرحم و عنق الرحم



PRENOM : HIBA

Date : 12/05/2023

NOM : ISSAAD

Age :

70,00 × 1) Doxycycline 200mg (2 boîtes)
1 cp / J pdt 20 jours

20,80 × 2) Génophage 800mg
1 cp / J pdt 3 mois

14,00 × 3) Doliprone 1g
1 cp × 3 / J pdt 7 jours

11,60 × 4) Baphir 1g
1 sachet × 3 / J pdt 7j

36,40 5) Kipred
3 cp / J pdt 8j

Dr Mohammed EL HEJJAM
Spécialiste Gynécologue obstétricien
46, Lot Al Amal, Berrechid
INPE 061011417

46 lot Al Amal

06 64 52 84 40

PPV: 116DH00
PER: 12-25
LOT: L3986

PPV 70DH00
EXP 09/2024
LOT 28012 1

Saphir® 1g/125 mg سفير
16 Sachets ١٦


6 118000 082569

LOT: 4115
PER: 12-25
P.P.V: 36 DH 40

PPV 70DH00
EXP 09/2024
LOT 28012 1

DOXYMYCINE
10 comprimés 200 mg
6 118000 032410

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés
6 118000 094586

20,80

Glucophage® 500 mg
50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

20,80

Glucophage® 500 mg
50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: L2926

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés

6 118000 040972

14,00
PPV 14DH00
PER 02/25
LOT M5561

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol
10 Comprimés sécables

6 118000 040972



Dr Mohammed El hejjam
Spécialiste gynécologue accoucheur
Maladie du sein , infertilité du couple
Echographie , hysteroscopie , colposcopie

الدكتور محمد الحجام
اختصاصي امراض النساء و التوليد
أمراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين
الفحص بالصدى ، منضار الرحم و عنق الرحم



061011417

PRENOM HIBA
NOM ISSAHD

DATE : 12 / 05 / 2023

Age :



68,60 ^{DSV} **1 Prolifen cp**

2 cp / j du 3ème au 7ème du cycle

56,20 ^{DSV} **2 Estrofem**

1 cp / j du 8ème au 12ème du cycle

Estrofem® 2mg
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28
PPV : 56DHZ0



6 118001 120147

3 Ov-power

1 cp / j pendant 3 mois

Pharmacie AL IZDIHAR
149 Quartier AL IZDIHAR
Berrechid
Tél: 05 22 32 54 61
INPE: 062084447

Signé : Dr M : EL HEJJAM

Dr Mohammed EL HEJJAM
Spécialiste-Gynécologue-obstétrique
46, Lot Al Amal, Berrechid
INPE 061011417

46 lot Al Amal
06 64 52 84 40