

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.

M23-0016288

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 250

Société : 177370

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABSI - FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0651 98 60 05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2023

Nom et prénom du malade : ABSI - fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection rhumatologique

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 : Casablanca Le : 21/09/2023

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 Relèvement des Actes
21.09.23	C		2.100 DH	<i>DR SANAE EL DDAWI</i> ED GRANDE CERTITUDE ESSAOUIRA 2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMED PHARMA Houda Ben Habbousse - Tel : 0524 49 10 10</i>	21.09.2023	133,00 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

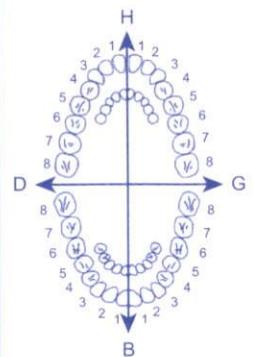
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

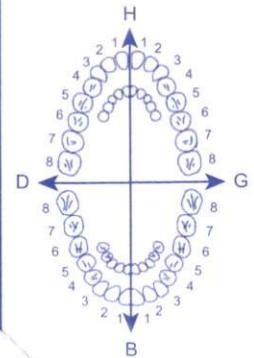


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Horloger

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sanae GUEDDARI

Spécialiste en Rhumatologie
Maladies Ostéo-articulaires
Osteoporose - Colonne vertébrale
Faculté de Médecine de Rabat

- Diplôme en Echographie ostéo-articulaire à la Faculté de Médecine de Rabat
- Diplôme en polyarthrite et maladies systémiques de la Faculté de Médecine de Montpellier - France
- Ex-médecin à l'Hôpital El Ayachi Ibn Sina - Rabat



د. سناه بعيري

اختصاصية في أمراض

- الروماتيزم - المفاصل - آلام الظهر
- وهشاشة العظام بكلية الطب - الرباط
- دبلوم الفحص بالصدى المتخصص في المفاصل بجامعة الطب بالرباط
- دبلوم في أمراض الروماتيزم و الطب الباطني بجامعة مونبولي - فرنسا
- طبيبة سابقة بمستشفي العيashi

H. PHARMACIE EDEN
Casablanca

Houda BENCI
Pharmacien
Habib Bourgogni
13, Rue Jasseraïn Ibn Casablanca - Tel : 02 49 28 79

21/09/2023

*3 Ged 176,00
PPV 1760 H00
PER 03/26
LDT M767

ABSI FATIMA

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH

5 118001 185030

LOT : 1921
PER : 06/26
PPV : 61,30 DH

عن طريق الفم

Adronat 70 mg

un cp par semaine pdt 1 mois le matin a jeun 30 MIN A PETIT DEJEUNER avec un grand verre d'eau en position demi assise

UVEDOSE 100000

UNE AMPOULE A BOIRE CHAQUE 15J PDT 3MOIS

OSMAL 15

1 Comprimé, midi, pendant 20 jours puis 1 Comprimé LUNDI MERCREDI ET VENDREDI PDT 3 MOIS

Siprozone 20 mg

1 Comprimé, matin, pendant 20 jours

Larmabak 0,9%

1 goutte, matin, midi, soi

Myk 1%

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH
6118001 100651

Bd. la grande ceinture, Essaâda 302
N° 75 (En face du laboratoire El Qods)
1er étage, Hay Mohammadi - Casablanca

م الكبير السعادة 302 الرقم
ختير القدس) الطابق الأول
دي الدار البيضاء

E-mail : drgueddari.rhumato@gmail.com : البريد الإلكتروني :

Tél. : 05 22 62 89 32 / 06 66 70 53 43 : الهاتف