

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.

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.

M23-0019069

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	2698	Société :	A 81359
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BOUZY ALRIG. Lahoucine	
Date de naissance :		02/07/1953	
Adresse :		Lot 5di Abderrahmane Rue 29 N-60	
Tél. :		06 33 52900 Total des frais engagés :	
		405,20 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

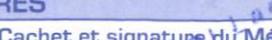
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	06/10/2023		
Nom et prénom du malade :	AFYDAI NASAT Age: 53		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	MALADIE RHUMATOLOGIQUE		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : CASA

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
06.10.2023	CS		300 DHT	 Dr. JAHANGIR KHAN 548, Lot Hayat, 6th Floor, Datta Ray, New Market, Calcutta INR: 0312462641-1st fl 4th fl 6th fl

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL MOTAHIKAB 31 Rue 33 Ltd. Sidi Abderrahmane Oujda - Maroc Tél : 022.63.53.06	10/10/23	84,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
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="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	35533411	11433553
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
35533411	11433553											
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX										
		MONTANTS DES SOINS										
		DATE DU DEVIS										
		DATE DE L'EXECUTION										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Cabinet de Rhumatologie
Dr JAWHARI LAMIAE

- Spécialiste des Maladies des os, des Articulations et de la Colonne Vertebral
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



- عيادة أمراض العظام والمفاصل والروماتيزم
د. الجوهري لمياء
- أخصائية في أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري
 - أمراض الروماتيزم (باريس)
 - هشاشة العظام
 - الفحص بالصدى للمفاصل
 - العلاج بالأدوية البيولوجية
 - طبيبة سابقة بمصلحة أمراض العظام و المفاصل بمستشفى ابن رشد

Ordonnance

Le : 06.10.2023

Dr. JAWHARI LAMIAE
548, Lot Haj Fateh, Bd Oued Daoura, App 9
Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 69 40 05 / E-mail : lamiae.jawhari@hotmail.com

Dr. JAWHARI LAMIAE
548, Lot Haj Fateh, Bd Oued Daoura, App 9
Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 69 40 05 / E-mail : lamiae.jawhari@hotmail.com

Mme A. fridou Majet



1/ Acfot 5mg

26/20

1 cp / Semaine

Maphar
Bd Alkimaia N° 6, G1.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
Barcode: 6 113001 185030



48 H اربعاء prise d'RTX

المنتخب
Pharmacie Al MOUTAIBI
Rue 33 Lot. Sidi Abdellah
Oujda - Maroc

(03 ج)

1000 50 013

2/ Uvédose

84.701 ans

(Dr JAWHARI LAMIAE)

Semaine

(03 Semaines)

548، الحاج فاتح، شارع واد الدورة، شقة 9 مع مصعد، الألفة الحبيبي - الدار البيضاء

548, Lot Haj Fateh, Bd Oued Daoura, App 9 avec ascenseur, Oulfa Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22 69 40 05 / E-mail : lamiae.jawhari@hotmail.com