

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.

M23-0024261
186745

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Rao.las Société : ESC / Rabat

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAD M'Barek

Date de naissance : 1925

Adresse : Secteur 4, B. Rue EL AZHAR N° 247 Tabqat So. le

Tél. : 0619695298 Total des frais engagés : 1250,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 DEC. 2023

Nom et prénom du malade : El Haddad M'Barek Age : 1921

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aigüe, asthmatiforme, sur asthme

Affection longue durée ou chronique : ALD / ALC Pathologie : Asthme mal contrôlé

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 7 7

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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Sala Le : 12/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : El



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 05 DEC. 2023 | S | | 250 dh | Spécialiste en Pneumo-Phthisiologie et Allergologie NPE : 101171684 986, Av. Melouya 1er Etage Lot. Villas Sala - Aljadida |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE AL MAMORA Dr. Zakaria BENTAHAR Route 4, Imm. Ata Aliah, N° 13 Télé. Télephon: Tel +212 35 40 67 | 05/12/23 | 1000,50 |
| | | |
| 102073970 | | |

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 canalaires, 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 |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
| | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | G | MONTANTS DES SOINS |
| D | 00000000 00000000 | B | 35533411 11433553 | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Qualil Houda : Médecin spé



Cabinet spécialisé en
et phtisiologie - servage
bronchique - oxygénotherapie
respiratoire EFR - troubles respiratoires du sommeil et autres).



30 comprimés effervescents



INPE : 101171684 - ICE : 001623703000042 - Identifiant

Salé, le: 15 DEC. 2023

Nom du patient: Dr. Qualil Houda

$$2 \times 338,00 = 676,00$$

1) - Seretide 200 mg
156 x 2; x 1

87,00

2) - Biovanic 100 mg
1481; x 1

15,70

3) - Topexil sirup
125 x 31; x 1pm.

60,00

4) - OraPred 20 mg: 281; x 1
au petit déjeuner

161,80

5) - Tiova 100 mg
x 3 mois

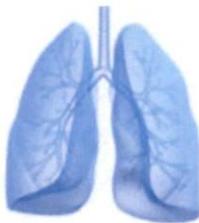
~~T= 1000,50~~



Dr. Qualil Houda
Spécialiste en Pneumo-Phtisiologie et allergologie
INPE : 101171684
986, Av. Malouiya 1er Etage Sala - Aljadida



Dr Oualil Houda : Médecin spécialiste pneumologue.



Cabinet spécialisé en maladies respiratoires - allergologie et phtisiologie - servage tabagique par acupuncture - fibroscopie bronchique - oxygénothérapie - exploration fonctionnelle respiratoire EFR - troubles respiratoires du sommeil (apnées de sommeil et autres).

INPE : 101171684 - ICE : 001623703000042 - Identifiant fiscal : 18774602

Salé, le: 05 DEC. 2023

Nom du patient: El Haddad M'harek;

Certificat médical:

Je prétifie

Dr. Oualil Houda
Spécialiste en Pneumo-Phtisiologie
et Allergologie
INPE: 101171684
986, Av. Melouya 1er Etage Lot. Villas
Sala - Aljadida

Certifi

que Mr El Haddad M'harek est porteur
d'asthme chronique + dépendance pour les
psychotropes ; bon contrôle sous tt de fond
affirmé : scélique Rov + Tiava : durée : 3 mois
renommable.

cordialement

Dr. Oualil Houda
Spécialiste en Pneumo-Phtisiologie
et Allergologie
INPE: 101171684
986, Av. Melouya 1er Etage Lot. Villas
Sala - Aljadida