

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.

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
- Bon et changement de statut : adhesion@mupras.com

Respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

1978850

Déclaration de Maladie : N° S19-0048513

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AL751 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Maatouqui Achraf

Date de naissance :

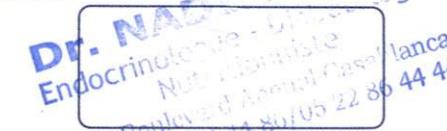
Adresse :

Tél. : 06 61 29 36 18

Total des frais engagés : 120 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/05/2024

Nom et prénom du malade : Mr. Maatouqui Achraf Age : 39

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète Type 2

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

Le : 13 FÉV 2024

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
10/02/2014	G			Doktor Alina Endocrinologue Nutritionniste Boulevard Nouvel Casablanca 1805 44 80705 22 86 44 44 Tél.: 09 22 3004
13/02/2014	G			Doktor Alina Endocrinologue Nutritionniste Boulevard Nouvel Casablanca 1805 44 80705 22 86 44 44 Tél.: 09 22 3004

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ARIJ SARL AL Rue de l'Or 1000 Casab-Sud, Californie Tel. 05.22.21.30.07 Casablanca RC : 361421	13-02-2014	2110010

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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																					
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.</p>																					
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 PROTHÉSES DENTAIRES																					
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B			G		
	H	25533412	21433552																		
	00000000 00000000																				
	D	00000000	00000000																		
	35533411 11433553																				
	B																				
	G																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT (Logo)																					

Docteur NADIR Amina

Spécialiste

Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste



Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité
Maigreux - Retard de croissance et de puberté

الدكتورة نديرة أمينة

طبيبة أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية
الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول
النحافة - تأخر النمو و البلوغ

ORDONNANCE

Casablanca le, 13/02/2024 الدار البيضاء في :

Mr - Mme : Mr. MAATOUQUI Achraf

120010 X2

S.V

SULIQUA 100/50 SOLOSTAR

32 Uis le soir à la même heure pendant 3 mois

GLUCOPHAGE 1000 MG

1 Comprimé le matin et 1 Comprimé le soir après le repas pendant 3 mois

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Suliqua 100UI+50 MCG
Sol Inj STL Pr 3ML B3
P.P.V: 1200,00 DH
6 118001 08227

Sanofi-aventis
Route de Rabat -R.
Ain sebaâ Casablanca
Suliqua 100UI+50
Sol Inj STL Pr 3M
P.P.V: 1200,
6 118001

= 2400 Dhs

P. PHARMACIE ART
182, Boulevard Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca
Tél: 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 44

DR. NADIR Amin
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
182, Boulevard Anoual Casablanca
Tél.: 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 44

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86