

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

MUPRAS
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 3486

Société: RAM 20300

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom:

GOUAL MOHAMMED

Date de naissance:

1984-04-04

Adresse:

DIROUAS

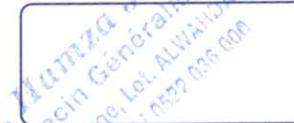
Télé: 0668387993

Total des frais engagés:

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation: 16/04/2024

Nom et prénom du malade: GOUAL

Age: 30

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté:

DTZ

Nature de la maladie:

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: DZOUAS

Le: 28/04/2024

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
16 04 2011	G		150,-	Dr. HAMZA JAHID Médecin Généraliste 1er étage, lot. AL WAHDA P.O. Box 102 - Tel: 0522 026008

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. SAUD BENJELLOUN LA PHARMACIE REGIONAL INPE: 06 20 74 810	16-07-84	61980

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the HGBS system, featuring a central circular node labeled 'B' at the bottom. From this center, two horizontal arrows extend upwards and downwards, labeled 'H' at the top and 'G' at the bottom. A third arrow extends to the left, labeled 'D'. The entire system is enclosed within a dashed circle, representing the HGBS lattice.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hamza JAMI

OMNIPRATICIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca

Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik

الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمراكز الإستشفائية ابن امسيك



Deroua, le:

16/04/2024

الدروة، في:

Goual Mohamed

113,00 X 3

Hmed



x 300

141,00 X 3

Glu cophage



860

x 200

48,00 X 3

Sin co R

2000



x 300

0 - 0 - 1

619,80

DEROUA MEDICAL

Hamza JAMI

Médecin Généraliste

252 1er Etage, Lot. ALWAHDA

en Face du Labo d'Analyses Médicales Deroua

Tél : 05 22 036 000

252 ، الطابق الأول تحرّت ، 252 أقسام مختبر التحاليلات الدروة

252 1er Etage , Lot. ALWAHDA 2 en Face du Labo d'Analyses Médicales Deroua

الهاتف : 05 22 036 000

45,20

45,20

48,00

45,00

48,00

45,20

45,20

COOPER PHARMA
PPV: 113,40 DH

COOPER PHARMA
PPV: 113,40 DH

COOPER PHARMA
PPV: 113,40 DH