

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.

Éducation :

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

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.

Nº P19- 059998

Optique 38391 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2949

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAKILI L'HORLOGE

Date de naissance : 1978

Adresse : R FAISN

Tél. :

Total des frais engagés : 341 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Souad OUZI MUPRAS

Médecine Générale
D.I.U. Diététique et Diabétique
73, Bd Souhaib Erroumi, 1er Etage
Tour III - Sidi Bernoussi Casablanca

02 SEP. 2020

Date de consultation : 25/08/2020

Nom et prénom du malade : NERBEZZAZ

ACCUEIL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète Hypertension

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 :

Le : / /

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
25/08/23			153,20	<i>Dr. M. S. D. J. J. Dr. M. S. D. J. J. Dr. M. S. D. J. J. Médecin Généraliste Généraliste Diabétique Broumi. 1er Etat</i>
				<i>Dr. M. S. D. J. J. Dr. M. S. D. J. J. Dr. M. S. D. J. J. Médecin Généraliste Générale Diabétique Broumi. 1er Etat</i>
				<i>Dr. M. S. D. J. J. Dr. M. S. D. J. J. Dr. M. S. D. J. J. Médecin Généraliste Générale Diabétique Broumi. 1er Etat</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Bachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE PALMERIAE Mme M. B. 23 M. 2023 Rés. Enna 05 22 73 59 98 El Oued Sétif 05 22 73 59 98 Tel.: 05 22 73 59 98</i>	25/08/2023	341,20

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	H	G		DATE DU DEVIS
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

Dr.Souad OUZIT

Médecine générale

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier
En Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولي

على دبلوم جامعي في التغذية و دبلوم السكري

Casablanca le : **25 août 2020** الدار البيضاء

Mme ELBEZZAZ SEMLA LI EP OUAKKI Lalla Saadia

78,70 + 44,70

1/ DIAMICRON 60

1CP MATIN

107,60

2/ STAGID 700

1.1.1

134,93 3/ LEVOTHYROX 50

1CP

6,80 X 3

4/ LEVOTHYROX 25

1CP

49,60

5/ D CURE FORTE 100.000

1 AMP /1MOIS

Traitement pendant : 3 Mois

$\rightarrow = 341,20$

Rendez vous le :

373 شارع صهيبي الروحي الطاقي الأول - منصور 3 البرنوسي / البيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72
373, Bd. Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III - Bernoussi - Casa - Tel.: 05 22 73 72 72



6 118001 102013
Levthyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levthyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levthyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



6 118001 130153



SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés



6 118001 130150

12

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023



6 118001 320103
Remboursable

2

3

107,60

LUDI

201202

EXP

05 2023

PPV

107,60

STAGID® 700 mg
100 comprimés



6 118000 021292

78,70

144,70