

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Biologie 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Houari Zahra

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.73.07.31.00 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologie Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchouak
El Fardi App. 4 - Casablanca
Tel : 05 22 26 34 66

Date de consultation : 12/11/2020

Nom et prénom du malade : HOURI Zahra

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DT2

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/11/2020



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
12/11/11	Ca		200,00	<i>J. A. Amal S. A. M. R. 26-34-66 Médecine Générale Diabetologie Nutrition 8 Bd Bourgogne 1055 Casablanca Faro Appt. 2 - Casablanca 26-34-66</i>
12/11/20				
17/11/20	Contrôle	G		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie <i>Nesha El Aoud</i> <i>Docteur en Pharmacie</i> Argane 199, bd. Bourdeaux - Casablanca Tél. : 05 22 49 21 72 - Fax : 05 21 26 14 18 092010782	17/11/2020	334,00

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale

Diabétologie - Nutrition

Echographie - Médecine du travail

الدكتورة آمال سليم

خريجة كلية الطب بالرباط
بوردو، رين

الطب العام

داء السكري والحمى

الفحص بالصدى - طب العمل



Casablanca, Le: 17/11/2020

N^e Houri Zahra



78,70 x 2

44,70 x 1

78,70

78,70

1) Diamucion 60 LFT

44,70

1 CP 1/2/1; Bew

34,40

13,40 x 1

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

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



III
x 3 mois

2) Levothyrox

1 CP 1/2/1 à jeun

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

30,70 x 1

3) Imodium

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V: 30DH50
LOT: 20EB13
PER: 03/2025

6 118000 010845

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

34,40 x 1 gel x 3/5

4) Disipainol

1 CP x 3/5

80 →

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

334,00

valable 3 mois

Le 12/11/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabetologie. Nutrition

Certifie que Mlle, Mme, M^{me} Houria Zahra
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchouja
M^{me} Appl. 4 Casablanca
Tél : 05 22 26 34 66

Présente Diabetique type 2.

Nécessitant un traitement d'une durée de : A vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)