

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

5516

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZZANI RAJAT veuve HOUD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 67 79 29 25

(21,61,8)

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 02 / 03 / 2010

HOUD KALIN

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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.



12 MARS 2010

ACCUEIL

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

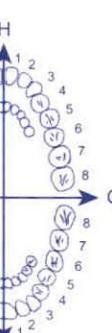
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIBES

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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
Q.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
		H	21433552	
D —————— 00000000		G	00000000	
00000000			00000000	
35533411			11433553	

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W16-064986	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 55-16
Nom & Prénom AZMAN Raja Veuve Houd		
Fonction :		Phones 0667792985
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient Houd KARIM		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 02/03/2020	
Intoxiqué alimenter		Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>02/03/2020</td> <td>(~)</td> <td>1.700 Dh</td> </tr> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	02/03/2020	(~)	1.700 Dh
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
02/03/2020	(~)	1.700 Dh						

*Dr. Asmae Bernada
159, Bourgogne El Hark
Lahdim - Casablanca - Anni 24 - CASA
Tél: 26.50.22 - GSM:*

PHARMACIE	Date 02/03/2020
Montant de la facture	
181.60	


PHARMACIE EDEN
*Houda BENSAID
Pharmacien*
*Jaâfar Ibn Habib - Bourgogne
Casablanca - Tél.: 022.49.28.79*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale
Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
de la Faculté de Bordeaux
Stérilité et Fécondité du Couple
Colposcopie
Echographie Générale
Electrocardiogramme

02/03/2020

الدكتورة أسماء برادة

الطب العام
دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو
علاج عقم الزوجين
فحص عنق الرحم بالمنظار
الفحص الصدفي الصوتي
الخطيطات القلبية

Casablanca, Le : الدار البيضاء في :

Mr Houd Karim

65.2 °

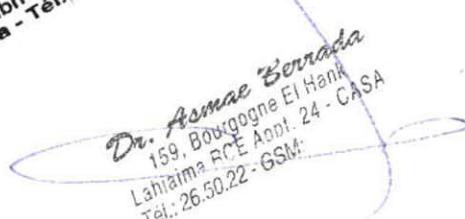
ULTRA-LEVURE
1 gélule, 3 fois par jour

237.0

ERCÉFURYL 200
2 gélules, matin et soir, après les repas, pendant 5 jours

92.8 °

OMEPRAL 20
1 gélule par jour, le matin avant le repas

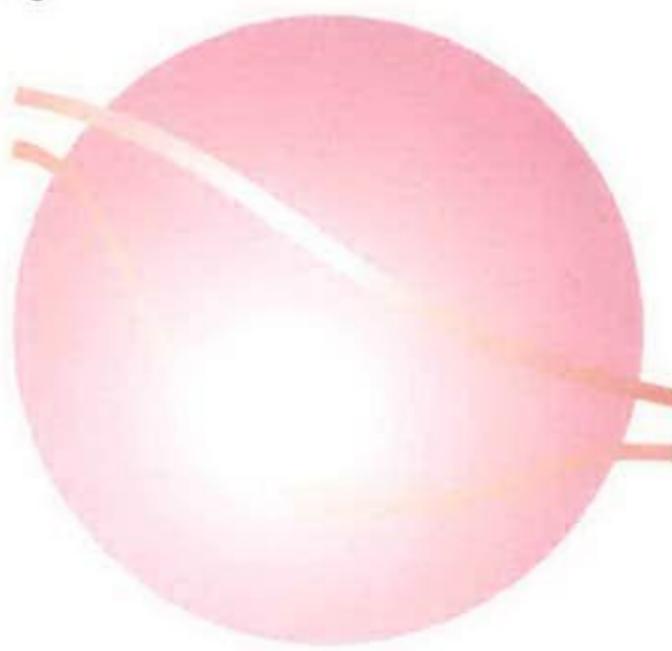


OMEPRAL® Promopharm 20 mg

Oméprazole

28 gélules

Voie orale



REF : 92180
LOT : 92180
PÉD : 02/2000

92180

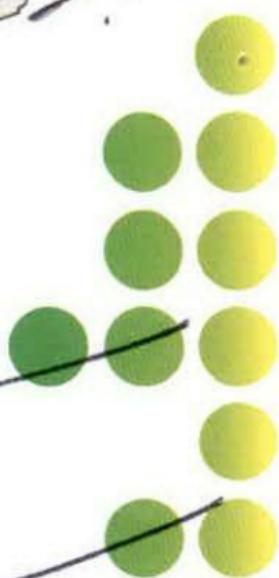


ULTRA-LEVURE

®

Saccharomyces boulardii

CNCM I-745



20
Gélules
250 mg



BIOCODEX
Maroc

Lot :
نوع

Fab :
من

EXP. :
 صالح لغاية

510

09 2019

09 2022

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

200

بـ ٢٠٠

نيغوروكسانيد

١٦ كبسولة معتبرة بـ 200 ملجن

٤٦ ١٣٣



16 CELULES

Ercéfuryl® 200

