

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.

N° W19-441099

55 386

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>11241</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>MOUSSAAD ABDELKARIM</u>
Nom & Prénom : <u>MOUSSAAD ABDELKARIM</u>			
Date de naissance :			
Adresse : <u>Naabitelle</u>			
Tél. :		Total des frais engagés : <u>662,40</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>30/12/1996</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Moussaud Abdelkarim</u> Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
DL (Signature) <u>14 JAN 2011</u>			
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 : _____
Signature de l'adhérent(e) : _____
Le : _____ / _____ / _____



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
30/12/2020	Co. 100	8		INP : 1005114701

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'IDRISSI ZINE ALI 05 22 50 32 33	30.12.20	532,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	$ \begin{array}{c c} H & \\ \hline \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \end{array} & \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \end{array} \\ \hline \begin{array}{r} 00000000 \\ 35533411 \end{array} & \begin{array}{r} 00000000 \\ 11433553 \end{array} \\ \hline B & G \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital
Mohamed BOUAFI



الإذاعة
PHARMACIE D'AL IDAA
Dr IDRISI Zineb
May Al Ousra II 161 Ain Chock
Tél 05 22 50 32 33

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط صيدلانية
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى محمد بوافي

ORDONNANCE

, le:

30/12/2023

الدار البيضاء في:

M^r Abdellatif

Mansour

1) tritazide 10/25 SV

30.20 14815 pdt=3 mois

2) xemol 100mg SV

1 suppo / J

120.12

3) clavulin 1g SV

15x8g

72.90

RESPECTER LES DOSES PRESCRIT
PPV : 120.40 DH
LOT : 573228
PER : 06/20

AFRIC-PHAR EXP 09/2022
LOT 199098 PPV : 72DH90
PPU : 37DH00

041613 05/24
PPU 37DH00

4) nomyc 150 SV

140/8cm

pdt = 4.8cm

37.-



82, b
3) Dresin 20
16eltjleson



TS 532, w

Dr. Idrissi Zineb
Médecin Généraliste
219 Avenue Lamine Ziane
16000 Casablanca
Tél: 05 22 08 14 11

أ.د. إدريسي زينب
الطب العام
الصيدلانية دار العصافير
Dr. IDRISI Zineb
PHARMACIE DAR AL IDAA
Inayat Ousra II N° 161 Ain Chock
Casablanca
Tél: 05 22 08 32 33