

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 :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Transmis le 12/12/2021 à 18H14M

Déclaration de Maladie

N° W19-517832

59624

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHRAIBI SAAD

Date de naissance : 22/11/1949

Adresse : 183 lot. Ain Laatariss SKHIRAT

Tél. : 0661 1024 86

Total des frais engagés : 243,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/11/2021

Nom et prénom du malade : BOUALLA JAHES SAADA

Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

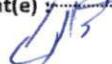
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : SIDI BOUZID

Le : 12/12/2021

Signature de l'adhérent(e)



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right; color: red;">  PH. Salma Dr. N. EL Majdoubi Lot. A.n Laataris, N°69 - Skhirat Tél.: 05 37 74 22 57 </p>	27/1/2021	243140

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : L111111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 36533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sara LOUDGHIRI



Médecin spécialiste des maladies
de l'appareil digestif et du foie

Échographie abdominale
Fibroscopie - Coloscopie
Proctologie



د. سارة الودغيري

طبيبة أخصائية في أمراض
الجهاز الهضمي والكبد
الفخذ بالصدى
المنظار الداخلي
أمراض الشرج والبواسير

27/01/2021

Rabat, le

Mme BOULAAMANE SAIDA Né (e) le 15/11/1955



101181550

2	0	1	9	5	2
2	0	8	2	0	2
4	6	.	0	0	0
4	6	,	0	8	0
0	7	P	7	P	7
0	7	X	7	X	7
0	7	V	7	V	7
1	3	P	1	P	1
1	3	X	1	X	1
1	3	V	1	V	1

46,00

ORDONNANCE

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V : 52DH40



LOT 201952
EXP 08 2025
PPV 46,00 46.00

52,40

1) SMECTA SACHETS

1/2 sachet 2 fois par jour x 20 jours

2 X 46,00

2) DIGESTINE 40 MG LP

1 gel par jour le matin 15 min avant le repas x 20 jours

99,00

3) OEDES 20 MG

1 gel le matin 30 min avant le repas A LA DEMANDE

243,40

Dr. Sara LOUDGHIRI
Médecin spécialiste en
Hépato Gastro Entérologie
Angle rue Omar Slaoui + Cmte Slaoui
Imm N°7, Appt 14, Kébibe - Rabat
Tél : 05 37 69 69 24 - 06 97 59 10 95

LOT 190819
EXP 02/2022
PPV 99.00DH

مختبر سلمى
PH. Salma
Dr. N. EL Majdoubi
Lot. A.n Laataris, N°69 - Skhirat
Tél.: 05 37 74 22 57

زاوية زنقة عمر السلاوي والرايس مرسيل، العمارة رقم 7، الشقة 14، القبيبات - الرباط

Angle rue Omar Slaoui - Rais Marsil, Imm N°7, Appt 14, Kébibe - Rabat

Tél : 05 37 69 69 24 الهاتف :

E-mail : dr.saraloudghiri@gmail.com