

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : 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.

N° W19-441417

69516

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SELMAOUI NALIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :
RACHID

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 : / /

RACHID

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. HROUA LAIA n° 116 BLOC (C) Sidi Bel Abbès	09/03/21	75.00
	28/03/21	323.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. H. Casablanca			

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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 : <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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations et de la colonne vertébrale (Sciatiques)

Les rhumatismes

Ostéoporose et la goutte

Rhumatologie Pédiatrique

Echographie ostéo-articulaire



طبيبة أخصائية:

أمراض العظام المفاصل والعمود الفقري (أيولوما)

أمراض الروماتيزم

هشاشة العظام والتقوير

أمراض الروماتيزم عند الأطفال

محضر المفاصل بالصندوق

09 MARS 2021

Selmaoui Nafissa

Q = 100 mg

1/ Acipam + Hydrox 500

Acipam IN (J 100j)

2/ Vira Bon

PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HRIOJA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

3/ Voltfast 50 mg

Acipam a lire
dose quotidienne x 2
(100j)

4/ Indes 20

S.V

PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HRIOJA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

الدكتورة مخشون مني
Dr. MAKHCHOUNE Mouna
Rhumatologue
Pédiatre

LOT : M0465
PER : 01/2023
PPU : 75.00 DH

6 118001 031016
VOLFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49.70 Dhs

شافعي الزنقة 16 جزء (باء) القدس - البرنوسي

Tél.: 05 22 73 44 42 Email : mounamakhchoune@...

URGENCE 06 13 01 25 35

Dr. MA

R

Maladies de
et de la colo-
Les rhumatismes
Ostéoporose et la goutte
Rhumatologie Pédiatrique
Echographie ostéo-articulaire

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
Barcode
6 118001 272228
PPV 20.90 DH

99,00 Dh

الدكتورة مخشر

Dr. Mouna Makhchoune

LOT:20C035 EXP:09/23
PPV:204DH00

أمراض الروماتيزم عند الأطفال
فحص المفاصل بالمسدي

C.R.R.P

06.2023
L00002

M^{me} Selmaoui Makh

22 MARS 2021

✓
5.

204.0

④

1/ Gapix 20 mg - 1 gd le mat (B)
1 gd x 2 / 103 mou

99.0

④

le mat

(Amour)

209.0

2/ addihvavitab 1cp / J

④

3/ VIT B12 500 µg / J ou (24)

④

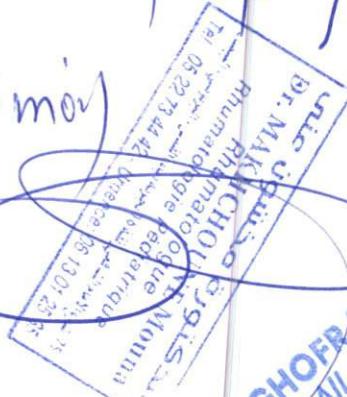
4/ Flaxonic 1gd / J (B moi)

323.90

5/ Abopen 36

1cp / diman

(B moi)



PHARMACIE GHOFRAÑE
Dr. HRIOUA LAÏLA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

75. شارع الإمام الشافعي الزنقة 16 جزءة (باء) القدس - البرنوسي

Tél.: 05 22 73 44 42 Email : mounamakhchoune@hotmail.fr

URGENCE 06 13 01 25 35