

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° W19-412794

73767

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6306	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AENIA JKAUI			
Date de naissance : 01/07/1975			
Adresse : C. El Biar 1, Rue 17, N° 14 H. K. GSO			
Tél. : 0664 42 84 33	Total des frais engagés :	450 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> Dr. A. CFA Sfaxia Médecin Généralisé Echographe Bd. Oued Sabou, Rue 174 N° 63 Télé: 05 22 91 12 77 INP: 001 01 15 73 / ICE: 00210341500024 </div>			
Cachet du médecin :			
08/06/2021 Mastitis			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Le : / /

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
07/06 02/06	U	/ + 150,00 FRS		INP : 091012109143 RAFA SAKI Général Echographie 55 Rue 174 Avenue, Rue 1211 0210341500034

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Oulfa Casablanca 299 Rue 64 El Wifak 1 Oulfa Casablanca Tél : 05 22 91 51 34	07/06/2021	300,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

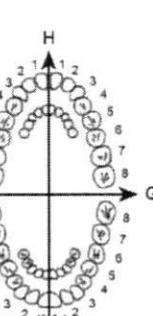
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OIDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS	
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	<input type="text"/> DATE DU DEVIS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

Médecine Générale

Diplômée en Echographie
par l'Université H. II
Médecine de travail

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن II
طب الشغل

Casablanca le : ٢٤.٠٦.٢٠٢١
الدار البيضاء في:

MADILI NAIMA

- 1) Aclav 1gr ~~١٣٧x٢١~~ ~~٥٣٧~~ ~~٩٧~~
- 2) Cotiprol 2mg ~~٥٣٤~~ ~~١٧~~ ~~٦٣٧~~ ~~٩٧~~
- 3) ERplus cp ~~١٤٥~~ ~~١٧~~ ~~٦٣٦~~ ~~٩٧~~ au coude
- 4) Osteo 2mg ~~٦٣٨~~ ~~١٦٦~~ ~~١٧~~ ~~٦٣٦~~ ~~٩٧~~
- Total : 300,50

Pharmacie Dounia Eraha SARL
N° 299 Rue 64 El Wifak 3
El Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 91 51 34

Pharmacie Dounia Eraha SARL
N° 299 Rue 64 El Wifak 3
El Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 91 51 34

شارع واد سبو زنقة 174، رقم 65، الألفة - الدار البيضاء - الهاتف: 09 83 - المحمول:

Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N°: 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél: 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000034



LOT 200711
EXP 01/2023
PPV 99.00DH

PPV : 48DH50

PER : 03-24

LOT : K 643



bottu s.a.
82, Allée des Cassements - Ain Seba - Casablanca

Séchouage - Pharmacien Responsable

LOT : 3225
PER : 09-22
P.P.V : 115DH00

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 30500 Casablanca

P.P.V: 38.00