

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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)

Matricule : 390 Société : 86474

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NAZIH FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 021 15 78 03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/08/2021

Nom et prénom du malade : NAZIH Fatima Age :

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 :

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
16/08/2021	C	C	1500DH	 Dr. El Gantchi Fatima
				N°1 Imme. A2B Résidence Addamane Aïn Chock-CASA-Tél: 0522.50.11.90

EXECUTION DES ORDONNANCES



PHARMACIE HASSAN
Tél: 05 22 57 57 57

Date

Montant de la Facture

16/08/2021

413,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

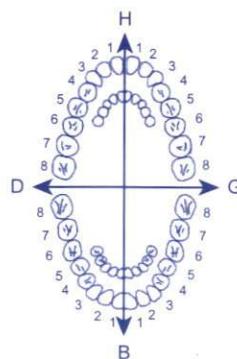
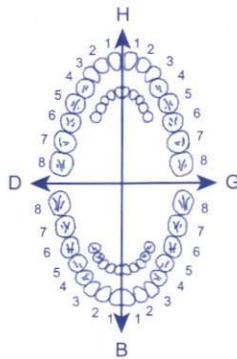
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, 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'EXE

Docteur Fatiha EL KAÏCHI
Médecine générale

N° 1, Imm. À 28 Résidence ADDAMANE
Aïn Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي
الطب العام

رقم 1، عمارة 1، 28 إقامة الضمان (الضحى)
عين الشق - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 50 11 90



Casablanca, le : 16/08/2021

T = 413, 90

H^{me} NAZIH Fatima

$$79,70 \times 2 = 159,40$$

1) AZIX 500 mg N°1

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3283

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3103

141 - 1 cp le 1^{er} J puis 1/2 cp J x 0,6 J

2) Doliprane 1cp

33,90 1cp x 3 J après les repas.

3) Interfax

40,90 2 gélules x 21 J nets

4) Zinakin 1cp

1cp J x 14 J

5) Vitamine D3 B.O.N 200.000 UI/1 ml

60,10 1 ampoule

6) Maxflase Thax de Gorge

1cp x 3 J après les repas, H, Nets

PHARMACIE KAISSI
AL MANZAHL
Lot. INPE: 062088778
Tel: 05 22 51 51 8



PPV: 60DH10

7) Prozol Long

PPV: 52DH80
PER: 05/23
LOT: J2230-2

PPV: 52DH80
PER: 05/23
LOT: J2288-2

5280 1 gelule/j avant le petit déjeuner x 28j.
 $x 2 = 105,60$

$$\overline{I = 413,90}$$

الطبجي
Dokter El Hachchi Fatiha
N°1, Immeuble Résidence Addamane
Ain chock-CASA-Tél:0522.50.11.90

TELE: 05 22 51 51 84
INPPE: 0620887795
LOT. AI Mernazh 10m 2 étage
PHARMACIE HPI AI MERNAZH