

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-659038

89745



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	7135	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOURAD
Nom & Prénom :		MAR MÉCH	
Date de naissance :		24 juillet 1968	
Adresse :		AL mejid Nourreddine, cité	
Tél. :		06 909 563 17	
		Total des frais engagés : 454 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Médecin généraliste Lot Chabab 1 N° 102- Deroua Fix:05 22 03 43 28 Tél:06 07 58 58 57	
Date de consultation : 11 OCT. 2021	
Nom et prénom du malade : Zouhair Taha	
Age: 54	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Zouhair Taha	
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 : Nouaceur

Le : 11/10/2021

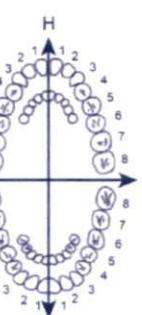
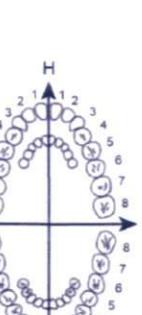
Signature de l'adhérent(e) :

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
11 OCT. 2021	GS	150	INP : 11111111111111111111111111111111	DR. Smail MALKI Médecin généraliste N° 1 N° 102 Deroua 06 47 58 58 57

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien <u>ou du Fournisseur</u>	Date	Montant de la Facture
ARMACIE NOUACEUR BERRADA GHIZLANE Marché Municipal Nouaceur T61 : 0522 53 82 69 NPE 0 0207217	11/10/2021	304,00

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																						
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 (Rows for selecting treated teeth)	Nature des Soins (Rows for describing treatments)	Coefficient (Rows for coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H	G																
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
					D	G																
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS :																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION :																						

Dr.Smail malki

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
Ancien Médecin interne à l'hôpital Périphérique de Berrchid.



الدكتور اسماعيل المالكي
طبيب عام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي

ببرشيد.

DR.Smail MALKI

Médecin généraliste

Lot Chabab 1 N°102- Deroua
Fix: 05 22 03 43 28 Tel: 06 07 58 58 57

DEROUA, le :..... 11 OCT. 2021

ORDONNANCE

2^{em} Recette Toul

⑥ 168.00 11 Glucosida - 2000
28,00 □ 71,00 S.V.

71,00. 191 At. .V.

37,00. 37,00

⑥ 28,00 13 37,00

14,00 304,00

Dr. Smail malki S.V.

PPV: 14DH00
PER: 08/24
LOT: A2154

DR.Smail MALKI
Médecin généraliste

Lot Chabab 1 N°102, Deroua
Fix: 05 22 03 43 28

دكتور اسماعيل المالكي
PHARMACIE NOUACEUR
Dr. BERRADA GRIZLANE
Marché Municipal Nouaceur
Tél: 06 07 58 58 57

INPE
092075217

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N°102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

Pharmacie NOUACEUR - Casablanca

Ghizlan BERRADA

0522538269

22 MARCHE MUNICIPAL NOUACEUR CASABLANCA , CASABLANCA



Facture N° 20211020-839

Date de vente : 12/10/2021

Médecin traitant :

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ATENOR CO 100MG B56 COMP GM	1	71,00	Exonéré (0.00%)	71,00
ATENOR CO 100MG B28 COMP MM	1	37,00	Exonéré (0.00%)	37,00
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	2	14,00	TVA (7.00%)	28,00
GLUCOPHAGE CO 1000MG B30 COMP	6	28,00	Exonéré (0.00%)	168,00

Total HT	302,17 DHS
TVA	1,83 DHS
Total	304,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent quatre DHS