

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.

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-695518

112122

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0081

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HADOUZ AHLAME

Date de naissance :

21/07/76

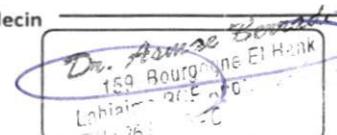
Adresse :

Résidence Rama 2, 2011 Casablanca
6^e étage N° 43

Tél. :

0693 727 712 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

06/04/2022

Nom et prénom du malade :

EL HADOUZ AHLAME

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Infir ORL

Ton

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) :

EL HADOUZ AHLAME

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
06.10.21 2022	Act	5	11000	INP : 0910B/AS/PM Dr Assane SOW 159, Bourgogne El Hank Lahaima RCE Acc Tél.: 26.50.22 - C

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Ephisinseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER Nadia BENNIS Angla B'd, Bir Anzara et Ali Abderraizi Tél : 022.94.15.30 - CASABLANCA	06/04/2022	PHARMACIE HYPER Nadia BENNIS Angla B'd, Bir Anzara et Ali Abderraizi Tél : 022.94.15.30 - CASABLANCA 280,70

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 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																							
				INP : <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DEBUT D'EXECUTION																			
				FIN D'EXECUTION																			
				OD.F PROTHÉSES DENTAIRES																			
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
				<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">B</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B	B	B
				H	25533412	21433552																	
				00000000 00000000																			
D	00000000	00000000																					
35533411 11433553																							
B	B	B																					
[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'EXECUTION																							

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale
 Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
 de la Faculté de Bordeaux
 Stérilité et Fécondité du Couple
 Colposcopie
 Echographie Générale
 Electrocardiogramme

الدكتورة أسماء برازدة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

الخطيطات القلبية

06/04/2022

Casablanca, Le : الدار البيضاء في :

Mme El Hardouz Ahlame

58.40
 EFFIPRED 20MG
 3 comprimés pd 3 j

17.20
 EFFERALGAN VIT C
 1 comprimé, 3 fois par jour

45.80
 CURTEC 10 MG
 1 comprimé le soir au coucher, pendant 15 jours

79.50
 FITOPOLIS
 1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour, pendant 5 jours

79.30
 LOVANIC 500
 1 comprimé jour, pendant 5 jours

FEIXONASE
 2 pul nasal par j

PHARMACIE HYPER
 Nadia BENNIS
 Angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abderrazek
 Tel. 022-94-45-30 - CASABLANCA

280,70

159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahjajma - Casablanca

Tél: 022-94-45-30 - CASABLANCA
 Angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abderrazek
 Nadia BENNIS
 PHARMACIE HYPER

EFFIPRED 20 mg
 PPU 58DH40
 EXP 12/2024
 LOT 1N060 2

PPV: 4.000
 PER: 11/24
 LOT: K3190
 45,80

Contenu net: 150 ml

Lot: 210420
 A consommer
 de préférence avant le: 04/2024
 PPC: 79,50 DH

PHARMACIE HYPER
 Nadia BENNIS
 Angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abderrazek
 Tel. 022-94-45-30 - CASABLANCA
 EFFERALGAN - tamisé C
 PPV 17DH70
 EXP 09/2024
 LOT 19037 2

Rendez-vous: 05 22 26 50 22 / Urgence: 06 23 73 02 08 ✉ berrada.asmae65@gmail.com