

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10335 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NEGRAOUI AZIZIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 060.7156046 Total des frais engagés : 1010,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/05/2022

Nom et prénom du malade : NEGRAOUI AZIZIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H.P → HT polyén

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 : CASABLANCA Le : 17/05/2022

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
19/05 2022	CT	gratuit		<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	10/05/22	1510,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i> Dr. IMAINE ZIN Pharmacie le Grand Bassin Lot 345 Lot Nasrallah Bassin Tel: 05 22 03 59 50 INPE: 062105036			

AUXILIAIRES MEDICAUX

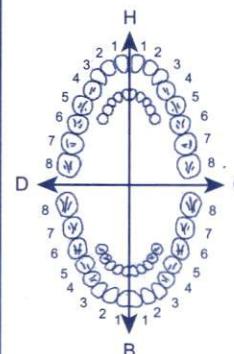
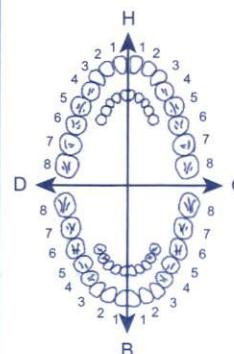
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

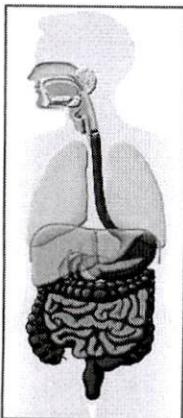
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Ali OUDGHIRI

Hépato-gastro-entérologue

46, Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3

17-05-2022

Diplomé de la Faculté
de Médecine de Paris

Ancien assistant des
Hôpitaux de Paris

Ancien spécialiste des
Hôpitaux militaires du
Maroc

Endoscopie digestive
haute et basse

Endoscopie
interventionnelle

Cholangiographie
rétrograde per-
endoscopique (CPRE)

Echographie digestive

Chirurgie de l'anus
(fissure-fistule-
hémorroïdes)

Tel : 05-22-25-18-18

Fax : 05-22-25-42-42

E-mail:
a.oudghiri@menara.ma

- Pendant le traitement, ne pas consommer de lait ni de produits laitiers : Lait, yaourt, Raibi, Lben, beurre pas de fromage.

- Ne pas s'exposer au soleil pendant le traitement.

- Ne pas s'inquiéter si les selles sont de couleur très foncées ou noires (c'est le bismuth).

80,3,00

- PYLEREA : 3 cp toutes les 6 heures soit 4 fois par jour pendant 10 jours.



6 118001 072262

SV

142,80

- PANTOPRAZOLE GT 40 (1 Boîte de 20) : 1 cp deux fois par jour pendant 10 jours

65,10

- Ultra-levure : 2 gélule en 1 prise par jour pendant 10 jours



1010,90

Dr. IMANE ZINEB
Sté Pharmacie le Grand Boulevard
Lot 3451 Lot Nasrallah Berrechid
Tél: 05 22 03 59 59
INPE: 062105036

Docteur Ali OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie, Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
46, Bd Bir ANZARANE - Tél: 022.25.18.18
GSM 061 18.01.44
e-mail a.oudghiri@menara.ma

