

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 ATC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8421 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NASSIME MOHAMED

Date de naissance : 01-07-1947

Adresse : lot. AGENCIE URBAINE n°86 LISSASTA

casablanca

Tél. : 0667280051 Total des frais engagés : 459,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouhcine DAOUDI
PNEUMO-PHTISIOLOGUE
Res. Camelia, Angle Av. Dlouri
et Rue Md Abdou, bureau 39, Kénitra
Tél. 05 37 35 00 22

INPE
051260735

Date de consultation : 30/05/2019

Nom et prénom du malade : SAKYAT FARIDA Age : 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aigüe

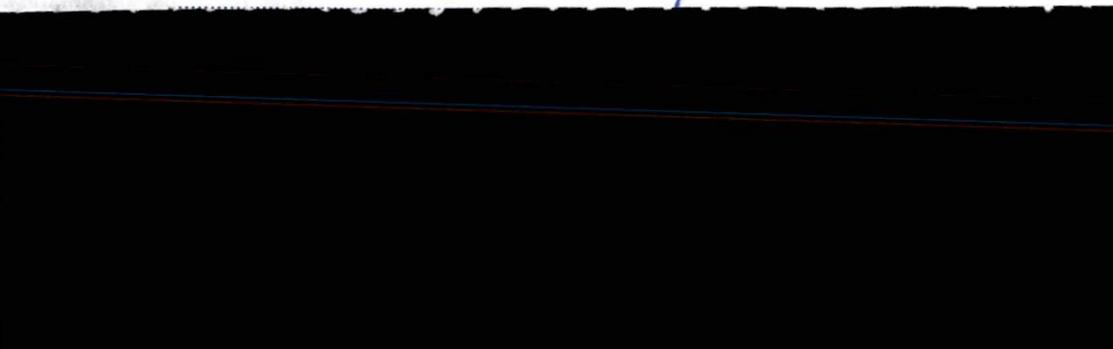
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Kenitra Le : 31/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : *Yehoua*



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
30/05/2012	CS		250,00 M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
                                        <img alt		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A dental arch diagram showing upper and lower arches with numbered teeth (1-8) and directional markers D, G, H, and B.

- Upper Arch:** Labeled with 'H' at the top. Teeth are numbered 1 through 8. The first four teeth (1-4) are on the left, and the last four (5-8) are on the right.
- Lower Arch:** Labeled with 'B' at the bottom. Teeth are numbered 1 through 8. The first four teeth (1-4) are on the right, and the last four (5-8) are on the left.
- Directional Markers:**
 - D:** Located on the left side of the upper arch.
 - G:** Located on the right side of the upper arch.
 - H:** Located at the top center of the upper arch.
 - B:** Located at the bottom center of the lower arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. Mouhcine DAOUDI

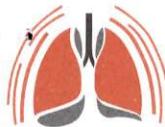
PNEUMO-PHTISIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Médecin résident de l'hôpital My Youssef de Rabat

Asthme - Tuberculose - Allergies respiratoires -

Sevrage tabagique..



د. محسن داودي

أخصائي أمراض الرئة والسل

خريج كلية الطب والصيدلة بباربادوس

طبيب مقيد سابق بمستشفى مولاي يوسف بالرباط

الرباط - المغرب - الحساسية -

الإقلاع عن التدخين ..

KENITRA le : 30/05/2022

Mme SAKYAT FARIDA

ORDONNANCE

160.00

1/ Claril cp 500 mg

1 cp x 2 par jour pendant 07 jours.

31. 20

2/ Bronchathiol sirop

18.00 1 cas x 3 par jour pendant 05 jours.

3/ Doliprane vitamine C 500

1 cp x 3 par jour.

209.20

Pharmacie AZHAROUN
ZARHOUZ Khaddouj
Résidence CAMELIA 109,
angle avenue Md Diouri et rue Md Abdou - Kénitra
(en face de la station winxo et de la conservation foncière)

Dr. Mouhcine DAOUDI
PNEUMO-PHTISIOLOGUE
Rés. Camelia, Angle Av. Diouri
et Rue Md Abdou, bureau 39. Kénitra
Tél: 05 37 36 00 22

INN: 051260735
PPIV 18D H 00
L 00 T L 892
P E R 03/25
L O T L 892

DolipraneVitamineC*
Paracetamol 500mg + VitamineC 150mg
16 comprimés effervescents
6 118000 041252



PPIV 310H20
P E R 02/25
L O T L 719
31,80



Bureau 39, 3ème étage résidence CAMELIA 109,
angle avenue Md Diouri et rue Md Abdou - Kénitra
(en face de la station winxo et de la conservation foncière)

05 37 36 00 22

07 08 07 80 46