

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

Le 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.

2024

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 578 Société : *retraite*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *BOUAFIA SOFI*

Date de naissance : *01/01/1944*

Adresse : *Rue 677 115 marrakech*

Tél. : *0522 210 862* Total des frais engagés : *100,10 + 675,20* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *24/05/2024*

Nom et prénom du malade : *Mme SOFI R HALLA* Age : *79*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *gastro - intestinale*

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 24/05/2024* Le : *24/05/2024*

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
21/5/2022	CS		100/00	<i>Najwa FILALI DENTISTE Gastro - Enterologie 81000 Rabat, Col. 1^{er} Etage Tél: 052 89 21 11 - GSM: 052 56 68 81</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/5/2022	675,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

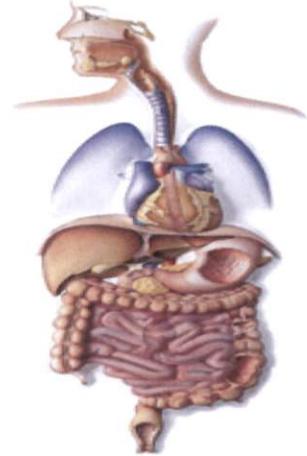
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif
Proctologie Médico-chirurgicale
Hépatologie
Echographie-Endoscopie interventionnelle

ORDONNANCE

Mme Sabir Halima

Casa le : 24 /05/2022

METEOSPASMYL®-B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 110001 100293

2 deux/j avant repas

1 avant ftour et 1 au couché

1/j à jeun

1/j au couché

1 après chaque repas

1/j après ftour

1 après diner

40,40
Météospamyl

144,50
Esac 20 mg

144,50
Cibalax sachet

27,00
Aliviar 50

27,00
Carbosorb digest

49,70
Deflazacort 6 mg

108,00
Solficard 5 mg

141,50 x 5 = 705,00
Hemofast crème + sup

19,60
Pés

15 j
PPC : 134 DH 00

14
01
144,50
27,00
144,50
27,00

LOT: 21076
PER: 10/2024
PP: 75,50

01
15 Jours

03 Mo
LOT: BSB22106A
PER: JUN 2023
PPV: 108 DH 00

03 Mo

Lot: SC0319D
Per: 03/2025
PPV: 49DH70

Hemofast®

19,60

Dr Najwa FILALI BABA
Gastro - Enterologue
88, Bd Oum Fatah Bts. Colsa 1^{er} Etage
Tél: 0522 89 41 16 - GSM: 0661 15 66 81



E-mail : filali_najwa@yahoo.fr

شارع أم الربيع إقامة كولزا 88

88, Bd,
E-mail : filali_najwa@yahoo.fr

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

المستعجلات . 42