

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4216 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BOUCHOUA Jemel

Date de naissance : 01.01.1940

Adresse : EL WAFA 11297 DEROLIA

Tél. : 0662135066 Total des frais engagés : 728,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.7.22

Nom et prénom du malade : Jemel BOUCHOUA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Arthrite rhumatoïde

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 : DAKRA Le : 13.10.22

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
3 JUIL 2022	(B)	Om Tch Goutte		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOU Fax : 0522.53.3004 DRAA Idrissi Derafna	13/7/22	728,00

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
		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
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points left and 'G' points right.				

Professeur BENYAHYA Elouarda

Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des maladies des os,
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie



الدكتورة بنحيبي الوردة

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض المفاصل
والعظام و العمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل
الميزوثيرابيا

Casablanca, le :

13/7/2004

الدار البيضاء في :

Nom, Prénom :

Jewel Bouchnak

8.5.2004

Cortanetyl Long

1cp/j

puis 1cp 1/2 x

puis 1cp 1/2 x

puis 1/2 cp/j x

122,8

22,6,0

15 jours

5 jours

10 jours

15 jours

2) E Sac 40

Agélo Tj

x 1mndis 1/2

⇒

29 89.-

3) calcumit
1kg 1 j

x 1 mois $\frac{1}{2}$


29 51.00

4) Pro flex 250



1kg 2x1 j

x 10 j suiv


F 28, us

Médecin L. BENYAHYA

RHUMATOLOGUE

Ville Bd. Abdelmoumen et Bd. Anouar
N°me Etage N° 405 - Casablanca

Tel : 0522 26 21 02 - Fax : 0522 96 51 75

UN MÉDICAMENT

Poids net
95 g



FCE19 0225
LOT PER

Prix

89,00

Poids net
76,95 g



FCE19 0225
LOT PER

Prix

89,00

45,80

45,80

226,00

6118000 02004
02/14
Boîte de 10

02004
02/14
Boîte de 10

PROFLOX Ciprofloxacin 250mg
Boîte de 10 comprimés
PPU: 51,40DH



6118000 191063

226,80

6118000 02004
02/14
Boîte de 10



PROFLOX®

Ciprofloxacin 250mg
Boîte de 10 comprimés

Proflox 250mg
PPU: 51,40DH

6118000 191063