

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.

N° W21-608584

127201

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1209 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : DERKAOUI HAFNAÏA Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0607168776

Total des frais engagés : DHS

Optique

Autres

Médecin

actif

Plaident

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : -

Dr. CHERIF EL GANOUI A

Médecine Générale
Boulevard Oued Oum El Abie Rue 78
N°2 Oulta - Casablanca
Tél : 05 22 90 19 46

Date de consultation : 16/18/02/2022

Nom et prénom du malade : DERKAOUI Malika Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Colopathie + Archimigaine

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) :



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
16/10/2022	C		200	INP : 091041061 Dr. CHERIF EL GANO Général

Dr. CHERIF EL GANOUNI A
Générale
Rue 7

~~CHERIF ED. S.A.~~
Médecine Générale
22, rue Dabbagh, Rabat, Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	N° de la Facture Montant de la Facture
  <p>Stephanie HANIZA C Rue 6 N° 3 Lot 64 Tél: 0522 93 10 20</p>	16/08/22	453,70

ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>																	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																	
				Montants des soins <input type="text"/>																	
				Début d'exécution <input type="text"/>																	
				Fin d'exécution <input type="text"/>																	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000		35533411		11433553		B		Montants des soins <input type="text"/>
		H	G																		
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D	G																		
00000000																					
35533411																					
11433553																					
B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																		
			Date de l'exécution <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

الدكتور الشريف المثنوي أحمد
الطب العام

شارع واد أم الربع، زنقة 78، رقم 2

فوق صيدلية النيل

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.19.46

البريد الإلكتروني : aganouni@hotmail.com

au dessus de la Pharmacie du Nil
Cité Oulfa - Casablanca
Tél.: 05.22.90.19.46
E-mail : aganouni@hotmail.com

Casablanca, le 16/8/02

DER Idou I Relice

الدار البيضاء، في

RELAX 500MG/2MG
CP B20
P.P.V.53DH10
6 118001 0668833

75,00 Ⓛ - Cadolm 5 Ⓛ 1 x 3 ملوكا
+ 33,00 Ⓛ - Megafon 16 Ⓛ 1-1-1 بعد الـ 11 نـ الحم
③ - Relax 2 Ⓛ 2 x 2 بعد الـ 11
X 53,20 Ⓛ - Inexpim 4 Ⓛ قبل النـ 11 - 14g
123,60 Ⓛ - Trivedate 4 Ⓛ 14x3
30,80 Ⓛ - Voltaren SR 11 Ⓛ
+ 76,20 Ⓛ - Voltaren SR 11 Ⓛ
X 34,00 Ⓛ - Ismoxine 4 Ⓛ 14x3 Ⓛ
459,70 Ⓛ

STE PHARMACIE HAMZA
Casablanca
Cité Oulfa
Rue 6 N° 3 Lot. 64
Lots. 100
Casablanca - 16400 0522 93 10 28

6 118001 030408
VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV : 76.20 DH

Dr. CHERIF EL GANOU
Médecine Générale

Boulevard Oued Oum Rabie Rue

N°2 Oulfa - Casablanca

tel : 05.22.90.19.46

Prière de présenter l'ordonnance à la prochaine visite الموصى بها في المراجعة

ICE : 001687843000003 - INPE : 091041061

PPV
34DH00

PPV
34DH00