

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

127297

Déclaration de Maladie : N° P19-0002162

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : <u>193</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Haj Hamoud</u>		Date de naissance : <u>10-5-1935</u>
Adresse : <u>N: 10c Alkair R. de la baïquere - 20170 CASA</u>		Total des frais engagés : Dhs
Tél. : <u>05.22.36.15.59</u>		

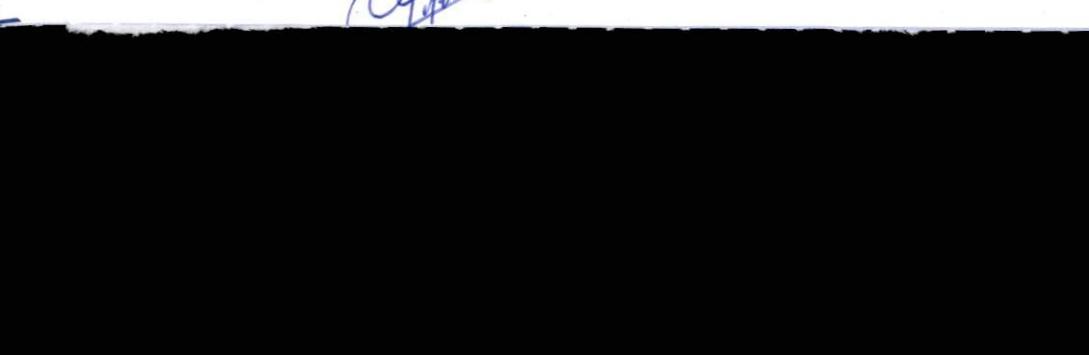
Cadre réservé au Médecin	
Dr. F.Z. MOUSSAOUI HAJ HAMOU Lotissement Zoubir - Imm 112 Appt 4, Oulfa - Casa	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<u>15/7/2022</u>
Nom et prénom du malade :	<u>Haj Hamou Jacqueline</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>HTA</u>
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 : ENZA BCARCA

Le : 19/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
15/7/2022	C	ca		Dr. F.Z MESSAQUI HANAN MESSAQUI Lotissement Toubir - Imm 121 Appt 4, Dalfa - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/7/22	1618,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

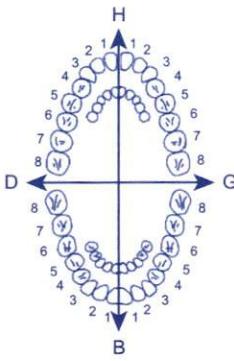
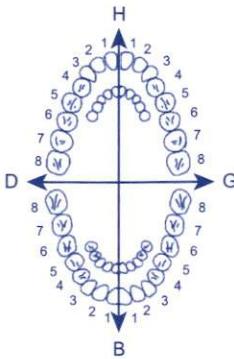
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoriaires
		A M	P C	I M	I V	

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														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
				Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

Dr. F. Z. Moussaoui

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Ooulfa - Casa
Tél. : 05 22 93 41 48

الطب العام

تجزئة الزبير
(مجموعة الضحى) عمارة
شقة 4 الألفة 112 I
الهاتف : 05 22 93 41 48

Casablanca, le

15/7/2022

الدار البيضاء، في

3x 139,20

1) Milreine 300 mg
1 cp/j Mat PPV 139,20
LOT

Haj Hamou Jacqueline

139,20 PPV 139,20

LOT

PPV 139,20
LOT

2) Aldactone 50 mg
1 cp/j Mat PPV 57,70
LOT 56,80

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 57DH70

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 57DH70

ALDACTONE 50MG 20 CPS

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V : 56DH80

6 118001 170029

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg. cp pel b 28

P.P.V : 316,00 DH

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg. cp pel b 2

P.P.V : 316,00 DH

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg. cp pel b 2

P.P.V : 316,00 DH

3) 3x 316. Plavix 75 mg
1 cp/j Mat ppv 316

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 57DH70

ALDACTONE 50MG 20 CPS

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V : 56DH80

6 118001 170029

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg. cp pel b 28

P.P.V : 316,00 DH

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg. cp pel b 2

P.P.V : 316,00 DH

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg. cp pel b 2

P.P.V : 316,00 DH

4) 22,90. Loperium gelules
2 gel x 2/j n besoin
168,40

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 57DH70

ALDACTONE 50MG 20 CPS

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V : 56DH80

6 118001 170029

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg. cp pel b 28

P.P.V : 316,00 DH

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg. cp pel b 2

P.P.V : 316,00 DH

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg. cp pel b 2

P.P.V : 316,00 DH

Ain sebaâ Casablanca

PARAFARMACIE
AL HABIB CASABLANCA
Tél: 05 22 35 34 91

Dr. F.Z. MOUSSAOUI
Haj Hamou Jacqueline
Lotissement Zoubir, Imm 112 I
Appt 4, Ooulfa - Casa