

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 d'un 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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0039832

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3901

Société : 1218494

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAZIH FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة القصيبي فاطمة
Docteur EL KAICHI Fatiha
N°1,Imm.A28 Résidence Addamane
Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90
INPE: 091054296

Date de consultation : 02/08/2022

Nom et prénom du malade : NAZIH Fatima Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gastrite - Colopathie - Vertiges.

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) :

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.

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
08/08/2022	C	C1	1500 Dhs	دكتور فاطمة Dr. FATHIMA N°1, Immeuble A28 Résidence Addamane Aïn Chock-CASA-Télé: 05 22 50 11 90 INPE: 091054296

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HAY AL MANZAH Lot. Al Manzah Imm 2 Mag 1 INPE: 062088778 Tél: 05 22 51 51 01	08/08/2022	352,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

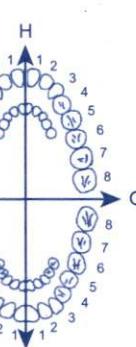
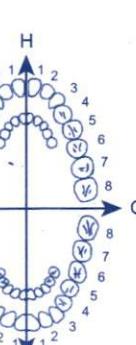
AUXILIAIRES MEDICAUX

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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

Docteur Fatiha EL KAÏCHI
Médecine générale

N° 1, Imm . À 28 Résidence ADDAMANE
Aïn Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي
الطب العام

رقم 1، عمارة 1، إقامة الضمان (الضحي)
عين الشق - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 50 11 90



Casablanca, le : 08/08/2022

H = NAZIH Fatima

SYNTHEMEDIC
22 rue zeubier brou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/150MP/21NRC P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zeubier brou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/150MP/21NRC P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

$$123,60 \times 2 = 247,20$$

1) INEXIUM 40 mg N° 1

nom 1cp / avant le petit déjeuner

2) Méteospasmyl , NS

51,- 1 capsule x 3 / 1,7 nets au

3) Tanganil 500 mg NS

14,- 1 cp x 3 / 1,7 nets au

4) Doliprane 1g /
1 cp x 3 / 1,7 nets au

$$T = 352,60$$

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 118001 100293

Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés -
VTE : MA - PPV : 51DH00

6 118001 183340

PPV: 14DH00
PER: 01/23
LOT: J222

INPE: 091054296
AIN DOUDH CASA-TEL: 05 22 50 11 90
N°1, IMM 28 RÉSIDENCE ADDAMANE
DOCTEUR FATIHA EL KAÏCHI
Signature