

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.

que :

- 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.

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

128993

Déclaration de Maladie : Nº S19-0002981

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JENNATE HALIKA Date de naissance : 12.06.49

Adresse :

Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 781,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Saloua EL KARAOUI
Médecin Généraliste
Appt. 6 Imm. 34 Res. Amal 2
Tamesna
Tél: 0537 58 99

Cachet du médecin :

12 SEP 2022

Date de consultation :

10/08/2022

Nom et prénom du malade :

JENNAT HALIKA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Hypothyroidie + Athérosclérose

Enfant

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 : Tamesna

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09.08.2022

lil.

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
09/02/2022	C	C	INP: 101243343	Dr. Saloua EL KABIR Médecin Généraliste n° 6 Imai - 34 Tamesna 0537589991

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/08/15	661.40. DTS

ANALYSES - RADIographies

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



بالرباط - Lauréate de la Faculté de Médecine de Rabat -
Diplomé en Diabétologie et Nutrition de l'Université
Diplomé en Médecine Esthétique et Anti-âge

Médecine Générale

Médecine Esthétique

Dr. Saloua EL KARAOUI
Médecin Généraliste
Appt. 6 Imm. 34 Res. Amal 2
Tél: 0537 58 99 91

6 1118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

first 6) ABIX 500 g

179,70

1cp x 1 lg mlt 3T

63,20
7) Zyrtec 10 g / 63,20

1814 DCP x 115 post mortem

8) Diamicron 60 g / 78,70

1cp x 115 le main petit

⑨) Dolepran 1g

ICPA 315° N 41° 8J LOT:K3

T: 661.4°

Jr. Saloua EL KARAOUI
Médecin Généraliste
Appt. 6 Imm. 34 Res. Amal 2
Tamesna
Tél: 0537 58 99 9

PHARMACIE DES JARDINS