

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.

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

1 40103

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023793

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8957 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL, Houcine Date de naissance :

Adresse : 7ème AD RE 88e

Tél. 0675684193 Total des frais engagés : 120 + 210,30 = 331,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/10/2022

Nom et prénom du malade : El hael houcine Age : 56 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie - état grippal

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 : BERRECHID

Le : 24/10/2022

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
20/10/2018	Consultation	1 x 100000	06250024	DR M. BOUTIBA - 31350-052021 Signature DR BOUTIBA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL FAOU 135 Rue Ila Abou Mad BERRECHID Tel: 05 22 33 04 01	24.10.22	 135 Rue Ila Abou Mad BERRECHID Tel: 05 22 33 04 01  250,30

ANALYSES - RADIographies

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												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
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;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Cabinet Dr.Elghouat Fatima Ezzahra

عيادة الدكتورة الغوات فاطمة الزهراء

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de médecine

et de pharmacie Casablanca

Ancien Médecin Généraliste

sous Urgences

Hôpital Multidisciplinaire

CHEIKH ZAYED



الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بقسم المستعجلات

مستشفى متعدد التخصصات

الشيخ زايد

24/10/22

Ordonnance

69.00.-

1) Douvon Myp S.V.

18.00 x 4 4 cans - 3/

2) Drifan S.V. Cpharby

95,00

3) clartee Solly

14,30

S.V.

goutte - 26

4) Rhinofend

S.V.

1 g

250,30.

EPV 18DH00
PER 04/24
LOT K1056

PPV: 18DH00
PER: 06/24
LOT: K1613

PPV: 18DH00
PER: 06/24
LOT: K1613

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibraou
El Aouan 20500 Casablanca

P.P.C: 95.00

LOT : 220437
EXP : 03/2025
PPV : 14,30 DH

Pharmacie ALAFAO
135 Rue Abou Madj
Tél: 0522 33 64 01

Pharmacie ALAFAO
135 Rue Abou Madj
Tél: 0522 33 64 01

Pharmacie ALAFAO
135 Rue Abou Madj
Tél: 0522 33 64 01

Pharmacie ALAFAO
135 Rue Abou Madj
Tél: 0522 33 64 01

0696531363-0522030178



Dr.Elghouat@gmail.com

211 COOP AL QODS 1er étage bureau N°5 Berrechid 26100 (au dessus de blm)

211 كوب القدس الطابق الأول مكتب رقم 5 برشيد (فوق بيم)