

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

752327

Déclaration de Maladie : N° S19-0004467

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12976 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL GSSIER HAJAR Date de naissance : 13/10/1990

Adresse :

Tél. : 0600628192 Total des frais engagés : 432,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/11/2021

Nom et prénom du malade : Dr. SEDDIK Soaad HAJAR

Age : 32 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Centrale PMSI, 10 Novembre 2021

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 : Casablanca

Le : 19/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : Vluy

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
22/11/22	C 1	1	200,00	Dr. AIT SEDDIK Souad Médecin généraliste Central Park, BD Abdelmoumen Imm. D, N° 45, Mohammedia Tél: 05 23 27 18 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE DE L'AVENUE SARL Boulevard Mohammedia Tél: 05 23 32 05 02	22/11/2022	230,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

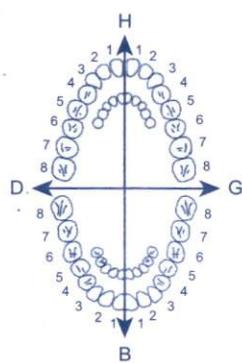
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 35533411	G 21433552 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000	B 00000000		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

د. سعاد أيت الصديق

دكتورة في الطب العام من كلية الطب
و الصيدلة من جامعة الرباط
دبلوم جامعي في التغذية والحمية
من جامعة فرساي
دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض
الشيخوخة من جامعة باريس XI

ORDONNANCE

Nom : Mme El Gssier Hajar
Date : 22/11/2022

79,70
1/Azix : cp 500 mg

SV
1 cp une fois par jour le premier jour puis 1 cp une fois par jour les 4 jours suivants

2/Vitamine C : cp 1000 mg

15,30
3/Zinc : cp 45 mg

10,99
4/Inexium : cp 20 mg

88,10
5/cp deux fois par jour pendant 2 semaines puis 1 cp une fois par jour les 2 semaines suivantes

232,00
ICE : 002261665000037



ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

ZINASKIN® 45 mg
imprimés effervescents

EXP 12/2024
DT 18066 85

effervescents

118000 032090



Vita C 1000

PPV 15DH30
EXP 06/2025
LOT 22034 46

Vita C 1000®
10 Comprimés effervescents

6 118000 032069
AMM N° 03 DMP/2

Dr. AIT SEDDIK Soaad
Médecin généraliste
Central Park, BD Abdelmoumen
Imm. D, N° 45, Mohammedia
Tél: 05 23 27 18 99

ten, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia
ستترال بارك، شارع عبد المؤمن، عمارة د، رقم 45
الهاتف : 05 23 27 18 99
itseddik.ma