

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 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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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

M22- 0026109

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 103.16 Société : RAT

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ERRIAICHI RACHID

Date de naissance : 30-01-1965

Adresse : Lot Fezoutat, Rue 11, Imme 285, Appart 21, Casablanca

Tél. : 06.70.01.20.80 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. RACHIDI Louhna
Lot. Moulay Thami n°6 Guel
Tel: 05 22 93 11 25

Date de consultation : 09/12/2022

Nom et prénom du malade : Dr. RACHIDI Louhna

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H. HAKANI

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : /

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) : /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/09/2022 | 6 | 150.00 | | Dr. RACHOUI Loubna Lat. Moulay Thami 1300 Casablanca Tel.: 05 22 21 25 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 26/07/2022 | 1898,00 |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | 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 :

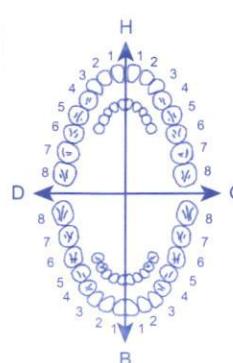
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

دبلوم أمراض السكري من جامعة مونبولي

دبلوم جامعي في أمراض النساء ومتابعة الحمل

دبلوم أمراض السمنة والتغذية من جامعة مونبولي

Diplôme de Diabétologie de la Faculté Médecine Montpellier

Diplôme Universitaire de Formation Complémentaire en Gynécologie et
Obstétrique en Médecine Générale

Diplôme en Diététique Médicale de la Faculté Médecine Montpellier

Casablanca le 26/09/2022
الدار البيضاء في:

7 Enn'Actif Metformin

559,00 × 2
11

NovoMix 30 f



16
10

8-9674-73-270-2

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH



6 118001 121208

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

39,00 × 2

7 Galvus met



11
10



Dr. RACHOUI Loubna
Lot Mly Thami N° 6
Tel: 05 22 93 11 25
M

Dr. N. Loubna Rachoui
Bennani Oulfa
1^{er} étage Rond-point George Oulfa
320 Bd. Oulfa Casablanca
Tel: 05 22 93 11 29

Lot Mly Thami N° 6 - 1^{er} Etage Rond-point George - Oulfa -Casablanca

تجزئة مولاي التهامي رقم 6 الطابق الأول مدار جورج - الألفة - الدار البيضا