

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.

143572

143572

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8316 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Hader Latifa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04.12.2022

Nom et prénom du malade : Hader Latifa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : asthénie + douleur all. musculaire + g. maladie

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
07-12-2022	1.	0.1	100.0H	DR ELYAZGHAMI
07-12-22	analyses	-	-	DR ELYAZGHAMI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABDERRAHMANE INPE: 002042097000024 Tel: 05 22 93 84 58 INPE:092010552	07-12-22	34450

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 plan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHESES DENTAIRES		MONTANTS DES SOINS
H	G	
D	B	

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		DEBUT D'EXECUTION
H	G	
25533412 00000000	21433552 00000000	
D	B	
00000000 35533411	00000000 11433553	

CŒFFICIENT DES TRAVAUX		FIN D'EXECUTION
H	G	
25533412 00000000	21433552 00000000	
D	B	
00000000 35533411	00000000 11433553	

MONTANTS DES SOINS		DATE DU DEVIS
H	G	
D	B	

DATE DE L'EXECUTION		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
H	G	
D	B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El YAZGHI Lamia

Médecine Générale

Faculté de Médecine et de Pharmacie

de Casablanca

Lotissement El kheir, N° 268, 1er étage

Sidi Mâarouf - Casablanca (à côté Al Barid Bank)

Tél.: 0522 97 33 15

اليزغي لماء

ب العام

لب و الصيدلة بالبيضاء

قم 268 الطالق الأول

بريد المغرب - الدار البيضاء

0522 97 33 15

NORMOGASTRYL

PPU 12DH00

EXP 05/2026

LOT 23030 8

Casablanca le : 0.7.12.2024

7 + Hadar datif

82.00 21 1 kg. 12/14



1 kg x el jant (4) qui 1 kg le matri
awt

12.00 21 normogastyl cp ell



2 qx 36 j' apel 13,

70.90 31 kolmugaz q



24 p x 21 j' awt / 25 qui 1 kg x el jant

140.50 41 Deflagacorte FR 30



Dr ELYAZGHI Lamia
268 Lot El kheir 1er étage
Sidi Mâarouf - Casablanca
Tél: 0522 97 33 15
INPE: 091179242

DR ELYAZGHI Lamia
268 Lot El kheir 1er étage
Sidi Mâarouf - Casablanca
Tél: 0522 97 33 15
INPE: 091179242

DR ELYAZGHI Lamia
268 Lot El kheir 1er étage
Sidi Mâarouf - Casablanca
Tél: 0522 97 33 15
INPE: 091179242

DR ELYAZGHI Lamia
268 Lot El kheir 1er étage
Sidi Mâarouf - Casablanca
Tél: 0522 97 33 15
INPE: 091179242

821P


KALMAGAS®

LOT: 220538
PER: 07/2027
PPC: 79,90DH

Déflazacorte GT® 30 mg

Lot: SL1157D
Per: 11/2025
PPV: 170DH50