

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.

Nº M20- 0005676

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

MUPRAS
RECEPTION

MUPRAS
RECEPTION

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 434

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : Venise

Nom & Prénom : MÉFTAH Fouzia

1869

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 51 91 20 83 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamza JAMI
Médecin Généraliste !
252, 1er étage, Lot. ALWAHDA
Dakar Tel : 0522 036 000

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : Heftah Fouzia Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 02/01/2023

Le : 08/01/2023

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
02 01 <u>2023</u>	01		150,00	Medecin de la famille 252, 1er étage Détoula - Tel : 0522 036 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>09 01 2023</p>	129,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

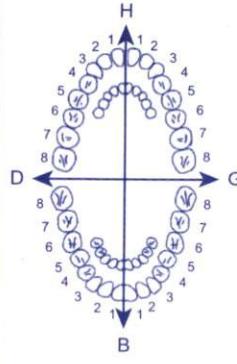
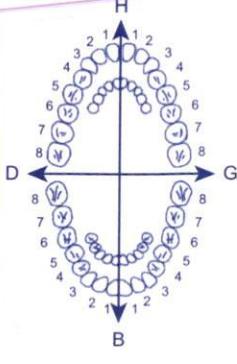
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D 00000000	D 00000000	B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[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. Hamza JAMI

OMNIPRATICIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine

et Pharmacie Casablanca

Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik



الدكتور حمزة جامي
الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمراكز الإستشفائية بن امسيك

Deroua, le 02/01/2023

الدروة، في

Mefth

Fouj

LINASKIN® 45 mg

PPV: 40DH90 EXP: 01/2025
LOT: 18066 97

ZINASKIN® 45 mg
20 comprimés effervescents

20 co ents

PPV: 14DH00
PER: 06/25

LOT: L2012

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL

10 comprimés

6 118000 040972

AZ® 500 mg
Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV: 50.00 DH

6 118000 190097

PHARMACIE BEN CHAOUI
N° 210 LOT EL WAHDA DEROUA
Tél: 05 22 53 28 58

Dolip 189
vitach 189
60.00 189
35 189
40.90 189
5 189

189 Fouj



الدكتور حمزة جامي
الطب العام
خريج كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمراكز الإستشفائية بن امسيك
Dr. Hamza JAMI
Médicin Généraliste
Lot. ALWAHDA
Date: 25/01/2023
252 1er étage, lot. ALWAHDA 2 en face du Labo d'analyses médicales Deroua
Téléphone: 05 22 036 000