

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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2824

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

TAHRI JOUTEI Naima

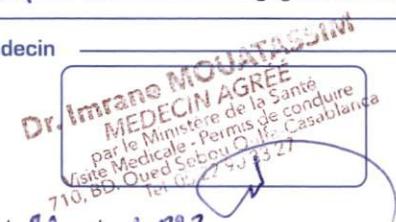
Date de naissance : 05 - 04 - 52

Adresse : S18 - Hadj Fateh - oufqa - casa

Tél. : 06321300367 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : Dr. TAHRI JOUTEI Naima Age : 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Syndrome - Bronchite

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 : 04/01/2023 Le : 04/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : TAHRI JOUTEI Naima



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
04.01 2023	C		109.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.01.23	303.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

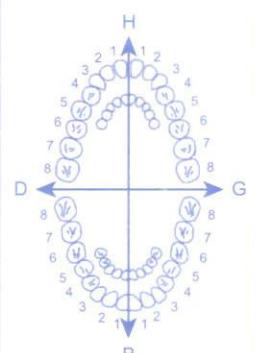
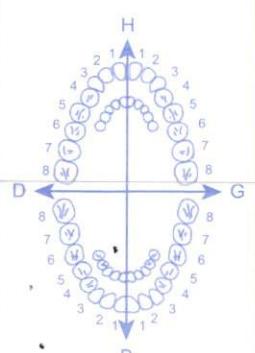
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552	G	<input type="text"/>
00000000	00000000	00000000	B	<input type="text"/>
00000000	35533411	11433553		<input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des soins
				<input type="text"/>
DATE DU DEVIS				
<input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION				
<input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GENERALE

MEDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THERAPEUTIQUE METABOLIQUE

EXPERTISE MEDICALE

SUIVRE HTA ET DIABETE

الدكتور عمران معتصم

الطب العام

دبلوم معتمد

النفس بالصعدى

الطبيب الاستعجالى

التغذية والمعمية

الدورة الطبية

تنبع أمراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبى الخاص برخص السيارة

Casablanca, le 04.01.2023 الدار البيضاء، في

MONOZECTAR® 500mg
Boite de 5 COM PEL
P.P.V : 87,30 DH



7th TAHRI JOUTEI Naima

10x1000 S

6 118001 183821
Maphar
Km 10, route côtière 111
Ql-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca
Maroc

82,10

21 Ineximatos

AS

= 14 fm

87,30

31 Nonozelamatos (boute 1)

79,90 0 - 0 - 0 = 5 jours

11 Tondexrop

1 cas

AS

3 1 J

11 Cefabion sochet

1 cas

3 J

54,10
61 Larmabank 019%
1 Amp = 21T

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREE
par le Ministre de la Santé
et l'Ordre des Médecins - Permis de conduire
Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA
Tél. 05 22 90 33 27 - Email: drimrane@gmail.com



LARMABAK 0.9%
Coller 10 ml - P.P.V : 54,10 DH

6 118001 1000651

Distribué par COOPER PHARMA - 41 rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina Diabidi

PE: 91168674

IF: 15201569

ICE: 001681749000029

CNSS: 4734134

Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA - Tél. 05 22 90 33 27 - Email: drimrane@gmail.com