

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
145518

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BATRAS FATNA veuve AZEN Koud Omar*

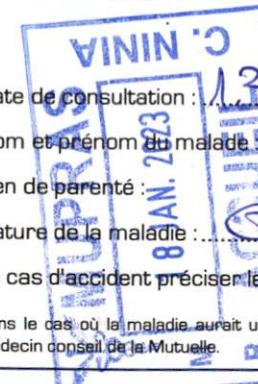
Date de naissance : *25/13/1960*

Adresse : *LOT EL KHOURIAMA E1 N° 84 Casablanca*

Tél. : *06.49.11.89.36* Total des frais engagés : *456,3* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *01/03/2023*

Nom et prénom du malade : *BATRAS FATNA*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie : *Syriope + emphastalgies*

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
AS 01/01/23	C	150	150 Dh	Docteur HUCUA BITTAF Médecine Générale 375 Bd Bourguiba L'Unité KDC Day El Faraj 04 26 Tél. 0524 82 04 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES PARENTS Radiologie - Laboratoire - Gourani 234 E. Avenue 13 07 07 89 25	13-01-23	306,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

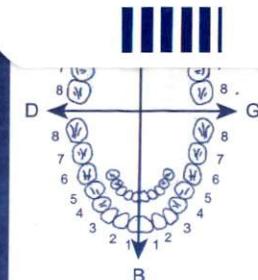
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

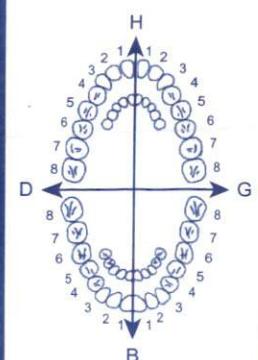
PPU : 126,30 DH
LOT : M060345
PER : 07/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachets

6 118000 160175



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

LOT : M0607
EXP : 12/2024
PPV : 60,00 DH

LOT : M0602
EXP : 11/2024
PPV : 60,00 DH

LOT : M0466
EXP : 06/2023
PPV : 60,00 DH

NT
AUX

S
S

ON

D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



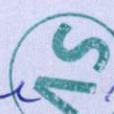
Casablanca : 13/01/2023 العار البيضاء في:

Hme BATRAS

FATNA

Docteur Houda BITTAF
Médecine Générale
375 Bd Bouchaïb Doukkali RDC
Hay El Farah - Casablanca
Tel. 0522 82 04 26

126,30

1) Augmentier  sachet

 4 sachet $\times 21 \text{ J} \times 75$
 $60,00 \times 3$

2) Voltarenem emulgel (x3)

(P)

100g $\times 3$ J

3) Ineo 200mg

1 g le matin d'apr

306.30

Docteur Houda BITTAF
Médecine Générale
375 Bd Bouchaïb Doukkali RDC
Hay El Farah - Casablanca
Tel. 0522 82 04 26