

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **483** Société : **MUPRAS RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **MR BENSOULATA MOHAMED**

Date de naissance : **01.01.1940**

Adresse : **Lotis. ATTAOUDOUNE (CITERAM) RUE 2. IM 75-
N° 3. OULFA - CASA BLANCA -**

Tél. : **05-22-895077** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20.10.2023**

Nom et prénom du malade : **ZERRIFI KHADJA** Age : **69 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Douleur Angine + Colique**

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) :



RELEVÉ 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
20/01/2023	S		200 Dh	Dr. Salim El Oufella Méd. Général - Chirurgien Tel : 05 22 89 67 31
02/02/2023	fracture		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Personnel	Date	Montant de la Facture
 <p>Dr. Zakaria SAIB SARL SAIB 1541 Bd Oued Daoura 02 05 22 91 16 54 21.02.23</p>	20/02/23	151,40 91,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte, ratiqué 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saida El HAJJAM

الدكتورة سعيدة الحجام

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme
Soins de secours primaire
Diplômée de la FMDC

الطب العام
الفحص بالصدى

اسعافات أولية

خريجة كلية الطب بالدار

ORDONNANCE

Le

02 02 2023

$$30.10 \times 3$$

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gel 
P.P.V : 30DH50

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50

حي الوفاق 3 زنقة 41 . عمارة 8 الطابق الأول شقة 2 (رياض الألفة) - الدار البيضاء

Hay El WIFAQ 3,Rue 41 Im 8, 1er étage, App N° 2 (RIAD EL OULFA)-Casablanca

الهاتف : 05 22 89 67 31

Dr. Saida El HAJJAM

Médecine Générale
Echographie

Electrocardiogramme
Soins de secours primaire

Diplômée de la FMDC



الدكتورة سعيدة الحجام

الطب العام
الفحص بالصدى

تخطيط القلب
اسعافات أولية

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Le : 20/01/2023

Khadija.



Iprofen Sachet

1 sachet 1.

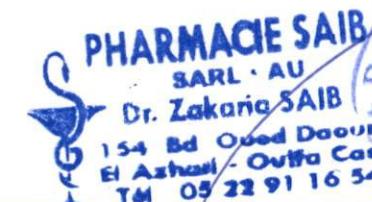
ant
rép



Sachet

1 sachet

3f. ant
rép



حي الوفاق 3 زنقة 41 . عماره 8 الطابق الأول شقة 2 (رياط الألفة)- الدار البيضاء

Hay El WIFAQ 3,Rue 41 Im 8, 1er étage, App N° 2 (RIAD EL OULFA)-Casablanca

Tél : 05 22 89 67 31 الهاتف :